

YETİŞKİN KADIN MAĞDURLARDA CİNSEL SALDIRI SONRASI GÖRÜLEN RUHSAL VE SOSYAL SORUNLAR

Psychological and Social Problems of Adult Female Victims After Sexual Assault

Zeynep Belma GÖLGE¹, Mustafa Fatih YAVUZ¹, Songül KORKUT², Sevilay KAHVECİ³

Gölge ZB, Yavuz MF, Korkut S, Kahveci S. Yetişkin kadın mağdurlarda cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal ve sosyal sorunlar. *Adli Tıp Bülteni*, 2013;18(3):82-91.

ÖZET

Bu çalışmada, cinsel saldırı mağdurlarının tıbbi ve psikolojik yardım alma imkanının çok fazla olmadığı, adli sürecin yıllarca sürdüğü ülkemizde, cinsel saldırı sonrası ruhsal ve sosyal sorunların görülme oranı ve bu sorunlar ile çocukluk çağında yaşanan istismar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışma grubu cinsel saldırı iddiası ile TC Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu II. İhtisas Kurulu'na muayene için gönderilen 93 kadından oluşmaktadır. Mağdurların değerlendirmesinde, sosyodemografik özelliklerini, saldırı karakteristiklerini, ruhsal ve sosyal sorunlarını belirlemek amacıyla oluşturulan görüşme formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSTÖ) ve Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ) kullanılmıştır.

Mağdurların %61.3'ünde TSSB tanı kriterleri karşılanmış ve %54.8'inde cinsel sorunlar belirlenmiştir. Mağdurların %68.8'i olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kaldığını ifade etmiştir. Olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kaldığını belirtenlerin % 70.3'ü TSSB tanısı alırken, olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kalmadığını belirtenlerin %41.4'ü TSSB tanısı almışlardır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; ki kare: 7.04; df: 1; p<0.01. Çocukluk çağı duygusal istismar ile saldırı sonrası yaşanan TSSB arasında ve çocukluk çağı cinsel istismar ile intihar girişimi ve kendini yaralama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Cinsel saldırı ile görüşme arasında geçen süre dikkate alındığında çalışmamızda TSSB ve cinsel sorun

yaşayanların oranı diğer çalışmalara nazaran daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda saldırı ile görüşme arasında 3 yıldan fazla süre geçtiğini bildiren mağdurlarda dahi TSSB tanı kriterlerini karşılayanların oranı %58.8'dir. Bu sonuçta, çalışmanın fizik muayene için gönderilen mağdurlarla yapılmasının ve mahkeme sürecinin halen devam ediyor olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Cinsel saldırı, travma, travma sonrası stres bozukluğu, kendini yaralama davranışı.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the prevalence of psychological and social problems faced by female victims after rape and additionally the impact of also being a victim of childhood sexual abuse in Turkey, where opportunity of getting medical and psychological support for sexual assault for victims is limited and legal process lasts for years.

Participants consisted of 93 female rape victims who were examined by the Second Specialization Board of The Council of Forensic Medicine. An interview form, which is developed in order to investigate socio-demographic features, assault characteristics, psychological and social problems of victim, Post Traumatic Diagnostic Scale (PTSD) and Childhood Trauma Questionnaire were applied for the investigation.

Of victims 61.3 % were diagnosed with post traumatic stress disorder (PTSD) and 54.8% of victims had sexual dysfunctions secondary the sexual assault. Out of victims 68.8 % reported that they were exposed to negative social

¹İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul

²Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

³Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, ÇEMATEM Kliniği, İstanbul

*Bu çalışma 7-10 Ekim 2013 tarihlerinde The 11th Indo Pacific Association of Law, Medicine and Science Congress'de poster olarak sunulmuştur.

reactions. Out of victims 70.3% who were exposed to negative social reactions met diagnostic criteria for PTSD while only 41.4% of people who were not exposed to negative social reactions met diagnostic criteria for PTSD. Difference between groups was analyzed with chi square method and there is significant difference between them ($X^2:7.04$, $df:1$, $p<0.01$). Self-mutilation and suicide attempts were high in victims of adult rape who were also sexually abused in childhood.

Considering time interval between the sexual assault and interview, the prevalence of the victims' with PTSD and sexual problems was higher in our study compared to similar studies. Furthermore, the rate of victims diagnosed with PTSD was 58.8%, even among those reported that incident occurred more than three years ago. It's suggested that both studying with the victims who has been sent for physical examination and the continuation of judicial process have impact on these results.

Key words: Rape, trauma, post traumatic stress disorder, self-mutilation.

GİRİŞ

Cinsel saldırı gibi ağır travmatik olaylar, hem kısa hem de uzun dönem ruhsal ve sosyal sorunlara yol açmaktadır. Cinsel saldırı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), majör depresyon, anksiyete bozuklukları, cinsel bozukluklar, yeme bozuklukları, intihar davranışı, gastrointestinal bozukluklar, hamilelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi ciddi ve bazen de kronik ruhsal ve fiziksel sonuçlar doğurur (1-4). Fiziksel ve ruhsal sorunlar ve semptomlar zaman içerisinde azalma gösterse de, psikolojik danışmanlık ya da destek eksikliğinde en az bir yıl boyunca devam ettiği bilinmektedir (5).

Cinsel travmanın en yaygın sonuçlarından biri travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'dir. Cinsel saldırı sonrası TSSB gelişimi diğer travmatik olaylara nazaran daha yaygındır (6-8). Kadınlarda yaşam boyu en yüksek TSSB oranı %57.1 ile tamamlanmış cinsel saldırı sonrasında görülmüş ve diğer travmatik olaylardan daha büyük bir risk olduğu anlaşılmıştır (9). Cinsel travma sonrası mağdurlarda intihar girişimi ve kendine zarar verme (KZV) davranışı sıklıkla görülmektedir. Klinik ve klinik dışı çalışmalar, cinsel saldırı ile intihar girişimi ve KZV davranışı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır (10-16).

Cinsel travma yaşamış kişilerde araştırılacak önemli sorunlardan biri de cinsel saldırı sonrası cinsel davranışlarda değişiklik olup olmadığı ve cinsel sorun

yaşayıp yaşamadığıdır (17). Mağdurda sıklıkla, cinsel istek bozukluğu, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm olamama, cinsel aktivite ile ilişkili pelvik ağrı, cinsellikten korkma, cinsellikten kaçınma şeklinde cinsel sorunlar görülmektedir (18,19). Dupre ve arkadaşlarının çalışmasında, mağdurların %45'inde orgazm sorunları, %38'inde cinsel aktivitelerden uzun süre kaçış görülmüştür (20). Mağdurların bir kısmı ise saldırı sonrası yıllarda da devam eden cinsel sorunlar yaşamaktadır (19). Zaman içerisinde mağdurlar cinsel aktivitelerini geri kazansalar da yaklaşık olarak mağdurların üçte biri cinsel aktivitelerini kalıcı olarak azaltmaktadır (20).

Çocukluk çağı istismar; TSSB, intihar davranışı ve kendini yaralama davranışı için risk faktörüdür (3, 21, 22). Cinsel istismarın küçük yaşlarda başlaması ve şiddetinin fazla olması, travma sonrası stres bozukluğunun gelişmesini kolaylaştırmaktadır. Bu kişilerde travma semptomlarının çocukluktan başlayarak yaşam boyu devam etme oranları da yüksek bulunmuştur (23).

Cinsel saldırı, mağdurların sosyal yaşamında da bozulmalara neden olmakta ve kimi zaman mağdurların yaşam stilini değiştirmelerine, eskisi gibi iyi çalışmamalarına, çevre ve iş değiştirmelerine yol açmaktadır (24,25). Cinsel saldırı sonrası yaşanan suçlama, inanmama, damgalama gibi olumsuz sosyal reaksiyonlar mağdurun sosyal yaşamını ve ruhsal durumunu etkilemektedir (5,26). Saldırı sonrası olumsuz sosyal reaksiyonlar ile TSSB arasında ilişki bulunmuş, olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kalanların daha ciddi TSSB semptomları yaşadıkları belirlenmiştir (27).

Türkiye'de cinsel saldırı sonrası oluşan sosyal ve ruhsal bozukluklar önemli bir toplumsal sorundur. Çünkü Türkiye'de cinsel saldırı sonrası mağdurların tıbbi ve psikolojik yardım almaları oldukça nadirdir. Dünya'da pek çok ülkede cinsel saldırı mağdurları Cinsel Saldırı Müdahale Ekibi (SART) veya Tecavüz Kriz Merkezleri adı altında çalışan 7 gün 24 saat hizmet veren merkezlere yönlendirilmektedir. Mağdurların bekleme sürelerini kısaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak, defalarca muayene olmalarını engellemek, gereksiz ve fazla sayıda sorgulanmalarına son vermek, delillerin yok olmasını engellemek ve mağdurları tedavi etmek amacıyla kurulan bu merkezlerde mağdurlar, cinsel saldırılarla ilgili tanılama, tedavi, delil toplama, potansiyel komplikasyonları önleme, kriz danışmanlığı yapma

konusunda özel olarak eğitilmiş uzman kişilerden oluşan bir ekip tarafından muayene edilmekte, muayene boyunca ve sürecin sonraki aşamalarında psikolojik destek almakta, olayın detaylarını sorgulama ve saldırının kovuşturmasına yön verecek özel eğitilmiş kişiler tarafından ifadeleri alınmakta ve süreç ile ilgili hukuki danışmanlık almaktadır (19,28).

Ülkemizde ise çoğu zaman mağdura yetersiz fiziki ortamda, deneyimsiz hekimler tarafından tedavi ve profilaksinin uygulanmadığı ve psikolojik değerlendirmenin yapılmadığı muayeneler yapılmaktadır. Delillerin toplanmasında ve medikal değerlendirmedeki yetersizlikler nedeniyle mağdur defalarca muayene olmaktadır. Türkiye'de Barutçu ve arkadaşlarının çalışmasında 3 ve daha fazla muayene olanların oranı %70, Yavuz ve arkadaşlarının çalışmasında 2 ve 3 kez muayene olanların oranı % 81.1, 4 ve 5 kez muayene olanların oranı % 17.5 olarak bulunmuştur (29, 30). Ülkemizde uzman kişiler tarafından muayenelerin yapıldığı, uygun koşullarda delillerin toplandığı 7 gün 24 saat hizmet veren Cinsel Saldırı Merkezi Adli Tıp Kurumu'nda 2012 yılında açılmıştır. Akut olguları değerlendiren bu merkezin açılması mağdur için travmatik olan muayene tekrarlarını azaltacaktır. Ancak halen ülke genelinde cinsel saldırılarla ilgili tanılama ve delil toplamanın yanı sıra tedavi ve potansiyel komplikasyonları önleme, psikolojik ve hukuki danışmanlık gibi multidisipliner hizmet sunan merkezler bulunmamaktadır.

Çalışmamızın örneklemini, araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz Adli Tıp Kurumu'na, çoğunlukla daha önceki muayenelerin yetersiz olması nedeniyle son değerlendirmenin yapılabilmesi için gönderilmiştir. Aynı kurumda yapılan bir çalışmada muayeneler arasında geçen ortalama süre 178.1 (SS: 285.3) gün olarak bulunmuştur (30). TSSB tanısını koymak için travmanın üzerinden en az 1 ay geçmesi gerekmektedir (31). Türkiye'deki cinsel saldırı muayenelerinin defalarca yapılması ve muayeneler arasında geçen sürenin uzun olması, çalışmamızı fizik muayeneye gelen mağdurlarla yapabilmemize ve TSSB açısından değerlendirmemize olanak sağlamıştır.

Bu çalışmanın birincil amacı, halen adli süreç içerisinde olan ve fizik muayene için gönderilen cinsel saldırı mağdurlarında TSSB ile ilişkili belirtilerin saptanması ve çocukluk çağında yaşanan istismar arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. İkincil amacı ise,

cinsel saldırı sonrası görünmesi muhtemel olan sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, kendini yaralama ve intihar davranışının belirlenmesi ve bu sorunlar ile çocukluk çağında yaşanan istismar arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Çalışmanın hipotezleri; ruhsal sorunların ve olumsuz sosyal reaksiyonların yüksek oranda olacağı, olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kalanlarda TSSB tanı ölçütlerini karşılayanların oranının daha yüksek olacağı ve çocuk istismarına maruz kalanlarda, intihar girişimi, kendini yaralama davranışı ve TSSB görülme riskinin daha fazla olacağı yönündedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Örneklem

Örneklem cinsel saldırı iddiası ile Adli Tıp Kurumu II. İhtisas Kurulu'na muayene için gönderilen okuryazar 93 kadından oluşmaktadır. Çalışmada, TSSB tanısı konulabilmesi için saldırı ile muayene arasından en az 1 ay süre geçmesi koşulu aranmıştır. Bu kriterlere uygun 93'ü kadın, 7'si erkek toplam 100 kişi ile görüşülmüştür. Erkek sayısının karşılaştırmalı bir çalışma için çok az olması ve aralarındaki ruhsal, toplumsal farklılıklar nedeniyle iki cinsiyeti ortak bir havuzda değerlendirmenin de uygun olmayacağı göz önünde bulundurularak erkek katılımcılar çalışmadan çıkartılmış ve 93 kadının verileri değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma için Adli Tıp Kurumu etik kurulundan onay alınmıştır.

Ölçekler

Görüşme Formu:

Görüşme formu, yazarlar tarafından bu çalışma için, cinsel saldırı mağdurlarının sosyodemografik özelliklerini, saldırının türü, şekli, kullanılan şiddet ve derecesi, olay yer ve saati, saldırının tekrarı, saldırganın yakınlık derecesi, saldırı sonrası yaralanma gibi saldırı karakteristiklerini, mağdurların ruhsal değerlendirmelerini ve saldırı sonrası sosyal sorunlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Soruların yanıt seçenekleri formda verilmiştir, bazı sorularda birden fazla cevap verebilecekleri belirtilmiştir.

Ruhsal değerlendirmede, saldırı sonrasında intihar girişimi, girişimin türü, bu güne kadar kendine zarar verme davranışında bulunup bulunmadığı, bulduysa davranışın türü, cinsel yaşamının olup olmadığı var ise cinsel sorun yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur.

Saldırı sonrası sosyal sorunları değerlendirmede, saldırı sonrası olumsuz sosyal tepkiler alıp almadığı, aldı

ise kim tarafından ne tür tepkilere maruz kaldığı, saldırı sonrası yaşadığı bölgeyi terk etmek zorunda kalıp kalmadığı ve saldırı sonrası işi ile ilgili sorunlar yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur.

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ)

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması Arslan ve Alparslan tarafından yapılmıştır (32) 40 maddeden oluşan ölçeğin yanıt seçenekleri “hiçbir zaman” “nadiren” “bazen” “sıklıkla” ve “çok sık” şeklinde verilmiştir. Yüksek puanlar, o tür kötüye kullanımın çocuklukta daha sık yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında alınabilecek en alt ve en üst puanlar, duygusal istismar ve duygusal ihmal alt ölçeği için 19-95, fiziksel istismar alt ölçeği için 16-80, cinsel istismar alt ölçeği içinse 5-25'dir.

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSTÖ) (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale - PDS)

Foa (1995) tarafından Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) TSSB tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış ve TSSB tanısını belirlemeye yardımcı olmak üzere geliştirilmiş olan TSTÖ 49 maddeden oluşmaktadır. TSTÖ; TSSB tanısı koymayı, travmatik olayları ve belirtileri tanımlamayı, belirtilerin ağırlığını ölçmeyi, işlev kaybının düzeyini belirlemeyi içerir.

Dört bölümden oluşan ölçeğin ilk iki bölümü travma yaşantısını değerlendirirken, üçüncü ve dördüncü bölüm TSSB tanısını belirlemektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi DSM IV tanı ölçütleri ile aynıdır. TSSB varlığından söz edebilmek için B tanı ölçütlerinden en az birinin, C tanı ölçütlerinden en az üçünün ve D tanı ölçütlerinden en az ikisinin işaretlenmesi ve dördüncü bölümde yer alan işlevselliği ölçen E kriterinden en az ikisine evet cevabı verilmesi ve tanı kriterlerinin bir arada en az bir ay süre ile bulunuyor olması gerekmektedir. 13 yaşından büyük okuryazar biri tarafından 10-15 dakikada doldurulabilir (33) Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamış ancak ölçeğin Türkçeye çevrilmiş formu klinik çalışmalarda ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır.

İşlem

Katılımcılara çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verildikten sonra, aydınlatılmış rıza formları katılımcılar tarafından imzalanmıştır. Tüm ölçekler, araştırmacı tarafından hiç bir yönlendirme yapılmadan yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Görüşme formunda

yer alan sorular araştırmacı tarafından katılımcılara sorulmuş ve tüm bilgiler mağdur ifadesine göre doldurulmuştur. Ölçeklerin ise katılımcı tarafından doldurulması istenmiştir.

İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen veriler SPSS 17 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analizin yanı sıra sosyal reaksiyonların TSSB ve TSSB şiddeti üzerine etkisini araştırmak için ki kare testi, TSSB, cinsel sorunlar, kendini yaralama ve intihar davranışı ile çocukluk çağı istismar arasındaki ilişkiyi araştırmak için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Cinsel saldırı mağduru kadınların yaş ortalaması 20.06 yaş (SD: 5.19)' dır. Katılımcıların %87.1'i bekar, %7.5'i evli, %5.4'ü dul ve %5.4'ü çocuk sahibidir. %8.7'si okur yazar, %68.4'ü ilk ve orta okul mezunu, %14.1'i lise, %8.7'si üniversite mezunudur. Çoğunluğu kentte doğup (%62.6) halen kentte yaşamaktadır (%72.6). Çalışanların oranı %17.8'dir.

Mağdurların %20.2'si anal, %57.3'ü vajinal, %22.5'i ise anal ve vajinal yoldan saldırıya maruz kalmıştır ve bu saldırıların % 86.5'i mağdurun, saldırganın veya bir tanıdığı ev veya iş yerinde ve çoğunlukla (%65.3) gündüz gerçekleşmiştir. Saldırıların %62.5'i şiddet kullanımı ile, %37.5'i ilaç ve/veya alkol vererek veya hile ve kandırma yoluyla gerçekleşmiştir. Saldırıların %17.7'sinde silah kullanımı mevcuttur. Bu saldırıların sonucunda mağdurların yaklaşık yarısında (%40.9) hafif veya ağır yaralanma oluşmuştur.

Saldırıların çoğu bir tanıdık tarafından (%76.5) işlenmiştir. Saldırganla yakınlık derecesini incelediğimizde; çoğunlukla eş/sevgili (%17.3), aile üyesi (% 17.3), akraba (%9.9) gibi güven ilişkisinin olduğu yakınlıkları görmekteyiz. Mağdurların %50.0'ı aynı saldırgan tarafından birkaç kez, %12.5'i uzun dönem içerisinde defalarca saldırıya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Mağdurların %19.6'sı daha önce bir kez, %38.0'ı iki, %27.2'si üç, %15.2'si 4 ile 7 kez arasında muayene olduğunu belirtirken, saldırı ile Adli Tıp Kurumu'nda yapılan muayene arasında geçen süreyi %11.8'i 1-3 ay, %32.3'ü 3 – 6 ay, %24.7'si 6 ay ile 3 yıl, %31.2'si 3 yıldan fazla olarak belirtmiştir.

Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeği (ÇÖYÖ)

sonuçları değerlendirildiğinde, mağdurların duygusal istismar puanı 21-91 puan aralığında, ortalama 46.0 (SD: 17.1), fiziksel istismar puanı 16-75 puan aralığında, ortalama 29.0 (SD: 12.7), cinsel istismar puanı 5-22 puan

aralığında, ortalama 7.2 (SD: 4.3) olarak bulunmuştur.

Uygulanan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSTÖ) sonuçlarına göre, mağdurların % 61.3'ü TSSB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Bunların çoğunluğu (%86.0)

Tablo 1. Cinsel saldırı sonrası görülen ruhsal sorunların dağılımı.

TSSB belirtilerinin varlığı	N	%
TSSB belirtileri var	57	61.3
TSSB belirtileri yok	36	38.7
Toplam	93	100.0
TSSB türü		
Akut	8	14.0
Kronik	49	86.0
Toplam	57	100.0
TSSB şiddeti		
Orta	10	17.5
Orta yüksek	24	42.1
Yüksek şiddetli	23	40.4
Toplam	57	100.0
Kendine zarar verme (KZV) davranışı		
KZV var	32	34.4
KZV yok	61	65.6
Toplam	93	100.0
KZV davranış türü (*)		
Saçlarını yolma	17	54.4
Vücutun herhangi bir yerini kesme ya da çizme	10	32.2
Baş, yumruk ya da bedeninin her hangi bir parçasını sert bir yere şiddetle vurma	14	44.8
Madde kullanımı	3	9.6
Kendini ısırma	2	6.4
İntihar girişimi		
İntihar girişimi var	29	31.2
İntihar girişimi yok	64	68.8
Toplam	93	100.0
Girişim şekli		
İlaç içerek	24	82.8
Bileklerini keserek	2	6.9
Ası	3	10.3
Toplam	29	100.0
Saldırı sonrası cinsel sorun		
Cinsel sorun var	46	54.8
Cinsel sorun yok	38	45.2
Toplam	84	100.0
Cinsel sorunun türü (*)		
Cinsel istek azlığı	6	13.1
Cinsel ilişkiden korkma	26	56.2
Cinsel ilişkiden kaçınma	27	58.7

(*)Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

kronik TSSB şeklindedir. %82.5'i yaşadıkları semptomların şiddetini “orta yüksek” ve “yüksek şiddetli” düzeyde derecelendirmiştir (Tablo-1). TSSB, saldırı ile muayene arasında geçen süreye göre değerlendirildiğinde; saldırıdan 1-3 ay arasında süre geçtiğini belirtenlerde TSSB tanı ölçütlerini karşılayanların oranı % 63.6, 3-6 ay arasında süre geçtiğini belirtenlerde %63.3, 6 ay- 3 yıl arasında süre geçtiğini belirtenlerde % 60.9, 3 yıldan fazla süre geçtiğini belirtenlerde ise %58.6 olarak belirlenmiştir.

Mağdurların %34.4'ü KZV davranışlarında bulduklarını ve çoğunlukla saçlarını yolma şeklinde kendilerine zarar verdiklerini, % 31.2 si çoğunlukla ilaç içme yöntemi kullanarak intihar girişiminde bulduklarını bildirmiştir. Saldırı öncesi cinsel

yaşamları olduğunu bildiren 84 kişinin %54.8'i saldırı sonrası çoğunlukla cinsel ilişkiden kaçınma şeklinde sorunlar yaşadığını bildirmiştir (Tablo 1).

Mağdurların %35.3'ü saldırı sonrası yaşadığı bölgeyi terk etmek zorunda kaldıklarını, olay öncesi çalıştığını ifade eden 25 kişinin çoğunluğu ise saldırı sonrası işten ayrılma, uzun süre işe gidememe gibi işi ile ilgili olumsuzluklar yaşadığını, %68.8'i saldırı sonrası sosyal çevrelerinden olumsuz reaksiyona maruz kaldıklarını, bu olumsuz reaksiyonların çoğunlukla eş veya partnerden kaynaklandığını belirtmişlerdir (Tablo 2). Belirtilen olumsuz tutumlar olarak mağduru suçlama (aile: %24.1; çevre: %18.5; eş: %10.5) ve reddetme (eş: %31.6; çevre: %3.7) yer almaktadır.

TSSB ile sosyal reaksiyonlar arasında (Pearson; ki

Tablo 2. Cinsel saldırı sonrası görülen sosyal sorunların dağılımı.

Saldırı sonrası olumsuz sosyal reaksiyon	N	%
Olumsuz sosyal reaksiyon var	64	68.8
Olumsuz sosyal reaksiyon yok	29	31.2
Toplam	93	100.0
Olumsuz reaksiyonun geldiği yer^(*)		
Aile	33	51.6
Çevre	36	56.2
Eş ^(**)	9	75.0
Saldırı sonrası çevre değişikliği^(***)		
Çevre değişikliği var	30	35.3
Çevre değişikliği yok	55	64.7
Toplam	85	100.0
İş ile ilgili değişiklikler^(****)		
Değişiklik olmadı	6	24.0
İşten ayrılmama neden oldu	9	36.0
İş performansında kayba neden oldu	1	4.0
Uzun süre işe gidemememe neden oldu	9	36.0
Toplam	25	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Eşi olduğunu belirten 12 kişi üzerinden hesaplama yapılmıştır.

***Soruyu cevaplayan 85 kişi üzerinden hesaplama yapılmıştır.

****Saldırı öncesi çalıştığını ifade eden 25 kişi üzerinden hesaplama yapılmıştır.

kare: 7.04, df:1, p<0.01) ve TSSB semptom şiddeti ile sosyal reaksiyonlar arasında (Fisher's Exact Test; ki kare: 17.48, df: 1, p<0.00001) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. TSSB tanı ölçütlerini karşılayanlar ile semptom şiddetini orta yüksek ve yüksek şiddetli olarak bildirenlerin daha fazla olumsuz sosyal reaksiyonlara maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Çocukluk çağı istismar ile saldırı sonrası yaşanan

ruhsal sorunlar arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Backward metodunun tercih edildiği lojistik regresyon analizinin sonucuna göre modelde en son kalan değişkenler, TSSB varlığı için, çocukluk çağı duygusal istismar, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi için çocukluk çağı cinsel istismardır. Çocukluk çağı duygusal istismar öyküsü olanlarda TSSB 1.36 kat, çocukluk çağı cinsel istismar

öyküsü olanlarda kendine zarar verme davranış 8.70 kat, intihar girişimi 6.81 kat fazla bulunmuştur (Tablo 4).

TARTIŞMA

TSSB ile ilgili yazın incelendiğinde cinsel saldırı ile görüşme arasında geçen süre ile bağlantılı olarak farklı

Tablo 3. Saldırı sonrası sosyal reaksiyon ile TSSB arasında ilişki.

Saldırı sonrası sosyal reaksiyon	TSSB belirtilerinin varlığı				TSSB belirtilerinin şiddeti			
	Var		Yok		Orta		Yüksek*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Olumsuz	45	70.3	19	29.7	3	6.7	42	93.3
Olumlu	12	41.4	17	58.6	7	58.3	5	41.7

Ki kare: 7.04, df:1, p<0.01

Ki kare: 17.48, df:1, p<0.00001

* Orta-yüksek ve yüksek şiddetli yüksek başlığı altında birleştirilmiştir.

Tablo 4. Cinsel Saldırı Sonrası Oluşan Ruhsal Sorunlar ile Çocukluk Çağı İstismar İlişkisi (Lojistik Regresyon Analizi- Backward Stepwise Metodu).

	B	SE	Wald	OR	p
TSSB belirtilerinin varlığı					
Çocukluk çağı duygusal istismar*	0.06	0.03	3.96	1.36	p<0.05
Kendine zarar verme davranışı					
Çocukluk çağı cinsel istismar*	2.16	0.64	11.42	8.70	p<0.01
İntihar girişimi					
Çocukluk çağı cinsel istismar*	1.92	0.59	10.48	6.81	p<0.01

*Lojistik regresyon analizi backward stepwise metodunda modele anlamlı katkısı olan değişkenler

TSSB oranlarına rastlamaktayız. Bu nedenle çalışmamızın sonucunu tartışırken bu noktayı dikkate almamız gerektiği kanısındayız. Cinsel saldırı ile görüşme arasında geçen süre dikkate alındığında çalışmamızda TSSB ve cinsel sorun yaşayanların oranı diğer çalışmalara nazaran daha yüksek bulunmuştur (18-20, 34-36). Darves-Bornos ve arkadaşlarının (1998) cinsel saldırı mağdurları ile 1, 3, 6 ay ve 1 yıllık sürelerle görüştükları çalışmada, birinci ayda mağdurların %88'ine, 3. ayda %71'ine, 6. ayda %65'ine ve 1 yıl sonra %58'ine TSSB tanısı konmuştur (37). Machado ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ilk ayda TSSB tanısı alanların oranı % 64, altıncı ayda TSSB tanısı alanların oranı% 34.6 olarak bulunmuştur (38). Çalışmamızda saldırı ile görüşme arasında 3 yıldan fazla süre geçtiğini

bildiren mağdurlarda TSSB tanı kriterlerini karşılayanların oranı %58.8'dir. TSSB tanısının klinik değerlendirme olmaksızın öz bildirim dayalı yapılmış olmasının yanı sıra, diğer çalışmaların aksine çalışmamızın fizik muayeneye gelen mağdurlarla yapılmış olmasının ve adli sürecin devam ediyor olmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı cinsel istismar (ÇCİ) öyküsü olan yetişkin cinsel saldırı (YCS) mağdurlarında TSSB oranının daha yüksek bulunduğu, hem ÇCİ hem de YCS'ye maruz kalmanın TSSB için bir risk faktörü olduğu vurgulanan çalışmaların (39,40) aksine bizim çalışmamızda TSSB ile ÇCİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken TSSB ile çocukluk çağı duygusal istismar (ÇDİ) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Genel ve psikiyatrik popülasyonla yapılan çalışmalarda kendini yaralama davranışının ÇCİ ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Kız öğrenciler ile yapılan çalışmada çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalanlarda kendini yaralama davranışı %32.2, ÇCİ öyküsü olan yetişkin kadın hasta grubu ile yapılan çalışmada kendini yaralama davranışı %33.3 olarak bulunmuştur (10, 13). Weaver ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da ÇCİ öyküsü olan kadınlarda yaşam boyu kendini yaralama davranış öyküsü çok yüksek bulunmuş, %25'inin kendilerini kestikleri, %41'inin kendilerine vurdukları, %7'sinin kendilerini yaktıkları belirtilmiştir (41). Bizim çalışmamızda kendini yaralama davranışı ve intihar girişimi, YCS mağdurlarında araştırılmış ve ÇCİ ile de ilişkisine bakılmıştır. Kendini yaralama ve intihar girişimi ÇCİ öyküsü olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Ullman ve Fillipas (2001)'in çalışmasında, olumsuz sosyal reaksiyonların TSSB oluşumunun güçlü bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (27). Ullman ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da TSSB semptomları üzerinde en güçlü etkilerden biri olarak olumsuz sosyal reaksiyonlar gösterilmiştir (6). Çalışmamızın sonuçları olumsuz sosyal reaksiyonlar ile TSSB arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bu çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak, cinsel saldırı mağduru kadınlarda, saldırı sonrası TSSB ve cinsel sorunların oranı, saldırı ile muayene arasında geçen süre dikkate alınarak incelendiğinde yüksek bulunmuş, olumsuz sosyal reaksiyonların TSSB ve TSSB semptomlarının şiddetini arttırdığı saptanmış ve bu yöndeki hipotezlerimiz desteklenmiştir. TSSB ile ÇDİ ve KZV davranışı ve intihar girişimi ile ÇCİ arasında da ilişki saptanmış ve çocuk istismarına maruz kalanlarda, intihar girişimi, kendini yaralama davranışı ve TSSB görülme riskinin daha fazla olacağı yönündeki hipotezimiz desteklenmiştir.

Araştırmamız, ilgili yazında yer alan çalışmaların aksine mahkeme süreci halen devam eden mağdurlarla yapılmıştır. Bu durumun mağdurlar üzerinde olumsuz etki yaratacağı ve ruhsal ve sosyal sorunları arttıracacağı düşünülmektedir. Araştırma sonucunun saldırının üzerinden 3 yıldan fazla zaman geçmesine rağmen yüksek oranda TSSB varlığını göstermesi, cinsel saldırı mağdurlarına en hızlı ve en etkin şekilde uzman kişiler tarafından tıbbi ve psikolojik müdahalenin verildiği merkezlerin ülke genelinde açılmasının ve adli sürecin

kısa zamanda sonuçlandırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın önemli kısıtlılıklarından biri, yeterli sayıda yetişkin erkek cinsel saldırı mağdurlarına ulaşılamadığından ruhsal ve sosyal sorunlar açısından kadın ve erkek arasındaki farklılığa bakılamamasıdır. Ölçeklerin uygulanırlığı açısından okur yazar olmayanların çalışmaya dahil edilmemesi de çalışmanın diğer önemli bir sınırlılığıdır. Ayrıca kullanılan TSSB ölçeği, öz bildirim dayalı bir ölçek olması nedeniyle çalışmamızın sonuçları klinik açıdan TSSB tanısından ziyade TSSB tanı olasılığını bize söylemektedir. Cinsel saldırı mağdurlarında TSSB tanısına ilişkin tarama çalışmalarında klinik değerlendirmelerle birlikte yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Diğer bir kısıtlılık ise özellikle cinsel saldırıya yönelik algı ve saldırı sonrası sosyal reaksiyonları ölçen yapılandırılmış, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçeklerin eksikliği nedeniyle bazı ruhsal ve sosyal sorunları belirlemek için yazarlar tarafından geliştirilen anket formunun kullanılmak zorunda kalınmasıdır. Farklı merkezlerde ve farklı yöntemlerle yapılacak daha geniş kapsamlı araştırmalar ile hem cinsiyet farklılıklarına bakmak hem de farklı mağdur profilinde ruhsal ve sosyal sorunları araştırmak mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. La Flair LN, Franko DL, Herzog DB. Sexual assault and disordered eating in Asian women. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16: 248-257.
2. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Rica V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161:1483-1485.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva, 2002, s. 57-86.
4. Kendall-Tackett K. The Long-term health effects of child sexual abuse. In: Goodyear-Brown P, ed.. *Handbook of Child Sexual Abuse. Identification, Assessment and Treatment* içinde, New Jersey: John Wiley & Sons. 2012, s. 49-70.
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Sexual violence. In: *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva, 2002, s.149-181.
6. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM. Psychosocial

- correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *J Trauma Stres* 2007; 20: 821-831.
7. Krahe B. Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence and adulthood. *Journal of Personal & Interpersonal Loss* 2000; 5:149-166.
 8. Davis GC, Breslau N. Post traumatic stress disorder in victims of civilian trauma and criminal violence. *Psychiatr Clin North Am.*1994; 17: 289-299.
 9. Resnick H. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 984-999.
 10. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence* 2003; 18: 1452-1471.
 11. Zoroğlu SZ, Tuzun Ü, Şar V, Tutkun H, Savaş HA, Öztürk M ve ark. Suicide attempt and self mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 119-126.
 12. Wiederman M. Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among in a primary care setting. *Violence Against Women* 1999; 5: 155-160.
 13. Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U. Self-mutilating behavior of sexually abused female adults in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence* 1998; 13: 427-437.
 14. Calder J, Mc Vean A, Yang W. History of abuse and suicidal ideation: Results from a population based study. *Journal of Family Violence* 2010; 25: 205-214.
 15. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand.* 2011, 124: 30-41.
 16. Çankaya B, Talbot NL, Ward EA, Duberstein PR. Parental sexual abuse and suicidal behavior among women with major depressive disorder. *Can J Psychiatry* 2012; 57: 45-51.
 17. Van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research* 2000; 11:235-258.
 18. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: Prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *Am J Life-Style Medicine* 2001; 5: 407-417.
 19. Ledray LE. Sexual assault. In: Lynch VA, ed. *Forensic Nursing*. St. Louis. Mosby Inc. 2006, s. 279-291.
 20. Dupre AR, Hampton HL, Morrison H, Meeks GR. Sexual assault. *Obstet Gynecol Survey* 1993; 48: 640-648.
 21. Lau, M, Kristensen E. Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 2010; 64: 4-10.
 22. Peleikis DE, Mykletun A, Dahl AA. The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorder and depression. *Child Abuse Negl.* 2004; 28: 61-76.
 23. Arata CM. Sexual revictimization and PTSD : An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse* 1999; 8: 49-65.
 24. Burgess AW, Hazelwood RR. The victim's perspective. In: Hazelwood RR, Burgess AW, eds. *Practical Aspects of Rape Investigation A Multidisciplinary Approach*. Boca Raton: CRC Press; 1995, s. 27-42.
 25. Gise L, Paddison P. Rape, sexual abuse and its victims. *Psychiatr Clin North Am*, 1998; 11:629-648.
 26. Ullman SE. Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly* 1996; 20: 505-526.
 27. Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress* 2001; 14: 369-389.
 28. Burgess AW, Fawcett J, Hazelwood RR, Grant CA. Victim care services and the comprehensive sexual assault assesment tool. In: Hazelwood RR, Burgess AW, eds. *Practical Aspects of Rape Investigation A Multidisciplinary Approach*. Boca Raton: CRC Press; 1995, s. 263-281.
 29. Barutçu N, Yavuz MF, Çetin G. Cinsel saldırı sonrası mağdurun karşılaştığı sorunlar. *Adli Tıp Bülteni* 1999; 4: 41-53.
 30. Yavuz MF, Gölge ZB, Zorlu E, Yavuz MS, Hamzaoğlu N. Forensic reports in sexual assault cases. 7th Annual Meeting of Balkan Academy of Forensic Sciences (BAFS) (3-6 Temmuz 2010, Arnavutluk) Kongre Özet Kitabı, 2010, s. 30, , Tirana, Albania.
 31. Köroğlu E, ed. *Anksiyete Bozuklukları. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM IV- TR Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı, Hekimler Birliği Yayınları, Ankara, 2005, s.191-211.*
 32. Aslan HS, Alparslan NZ. Çocuk örselenme

- yaşantıları ölçeği'nin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 275-285.
33. Foa EB. Post traumatic stres scale manuel. National Camputer Presss, Mineopolis, 1995.
34. Elklit A, Christiansen DM. ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence* 2010; 25: 1470-1488.
35. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress* 1992; 5: 455-475.
36. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Practice& Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2013; 27: 27-37.
37. Darves-Bornoz JM, Lepine JP, Choquets M, Berge C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims *Eur Psychiatry* 1998 ; 13 : 281-287.
38. Machado CL, Azevedo RCS, Facuri CO, Vieira MJ, Fernandes AMS. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011; 113: 58-62.
39. Najdowski CJ, Ullman SE. PTSD symptoms and self-reteed recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly* 2009; 33: 43-53.
40. Filipas HH, Ullman SE. Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stres disorder and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence* 2006; 21: 652-672.
41. Weaver TL, Chard KM, Mechanic MB, Etzel JC. Self-injurious behaviors, PTSD arousal, and general health complaints within a treatment-seeking sample of sexually abused women. *Journal of Interpersonal Violence* 2004; 19: 558-575.

İletişim adresi:

Yrd.Doç.Dr. Zeynep Belma GÖLGE
 İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul
 E-mail: zbelma@istanbul.edu.tr