

Adolesan Cinsel İstismarı ile İlgili Hekimlerin Bilgi, Tutum ve Davranışları

KAYI ELİAÇIK*

NAZMİYE ASLI SÜRGEK*

ALİ KANIK*

AYLİN YETİM*

NURULLAH BOLAT*

ALİ RAHMİ BAKİLER*

Özet

Adolesanlarda cinsel istismar, zihin ve beden sağlığı üzerindeki olası hasarları nedeni ile oldukça önemlidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu yaş grubunda cinsel istismarın önemsenmediğini ve göz ardı edildiğini gösteren birçok çalışma vardır. Bu nedenle adolesanlara hizmet veren hekim grubunun davranış ve tutumlarını ölçülerek, bu konuda farkındalık yaratmak ve eksik olan konuları tespit ederek yapılacak eğitimlere ışık tutmak amaçlanmıştır.

Çalışma gönüllülerin kendi dolduracağı formdan oluşan bir anket çalışmasıdır. Adolesan yaş grubunda hizmet etmekte olan 120 hekime anket formu doldurtulmuştur. Hekimlere adolesan cinsel istismarı ile ilgili tanım, adli sorumluluk, istismar için risk faktörleri, enfeksiyon riskini artıran faktörler, enfeksiyon profilaksisi ve postkoital kontrasepsiyon ile ilgili toplam 46 adet soru sorulmuştur.

Anketi dolduran hekimlerin %62,5'i çocuk sağlığı, %23,3'i aile hekimi, %10,8'i acil hekimi, %1,7'si çocuk cerrahisi ve %1,7'si kadın doğum uzmanıdır. Değerlendirmeye alınan hekimlerin %55 (n=66) kadarı kadın, %45 (n=54) ise erkekti, ortalama yaşları ise $32,4 \pm 7,7$ olarak saptandı. Temel kavramlar ve tıbbi yönetimden oluşan sorularda >70 puan alarak başarıyla ile geçme yüzdesi %73,7 (n=88) olarak saptandı. Cinsel taciz tanım sorusuna sadece %22,5 (n=27) hekim tam doğru yanıt vererek tacizi doğru olarak tanımladı.

Çalışmamızda özellikle adli kavramlar ve bazı tıbbi yönetim konularında (özellikle HIV, postkoital kontrasepsiyon) hekimlerin tanımlamalarında eksiklikler saptanmıştır. Bu doğrultuda hekimlerin adolesan cinsel istismarı için tespit edilen konularda hizmet içi eğitimlerin çoğaltılması ve dikkatin yoğunlaştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, cinsel istismar, kontrasepsiyon, adli ve tıbbi yönetim

Abstract

Because of the possible damage to mental and physical health adolescent sexual abuse is an important deal. There are some studies pointing out that sexual abuse of this age is disregarded and ignored in all over the world as well as in our country. In this regard, it was aimed to determine the behaviors and attitude of physicians experiencing in adolescents and to identify the lacking issues for the future educations.

This is a self-report questionnaire study with a form filled by volunteers. These questionnaires were filled by 120 physicians who were performing for the adolescent age group. To the physicians definitions relating to adolescent sexual abuse, forensic responsibility, risk factors for abuse, factors that increase the risk of infection and infection prophylaxis were asked with a 46-item questionnaire.

It was determined that 62.5% of them were pediatricians, 23.3% of them were family physicians, 10,8% of them were emergency physicians, pediatric surgeons and gynecologist were 1,7%. The physicians that evaluated 55% (n=66) of them were female, 45% (n=54) of them were men with an average age of 32.4 ± 7.7 . Regarding all the questionnaire consisting the basic terminology and medical management with a point >70 , success rate was detected 73.7% (n = 88). To the question about the definition of sexual harassment, 22.5% (n=27) of the physicians responded with an accurate correct answer.

In our study, it was determined that particularly in forensic terminology and in some parts of the medical management (HIV, postcoital contraception) are lacking. Therefore, the educations are essential for the lacking subjects about the management of adolescent sexual assault and to intensify the attention to this issue.

Keywords: Adolescent, sexual abuse, contraception, forensic and medical management

Giriş

Cinsel istismar fiziksel, duygusal, sosyal ve hukuksal boyutları olan, her yaşta, her sosyo-ekonomik düzeyde, her bölgede ve her türlü etnik grupta ve kültürde yasanabilen evrensel bir sorundur. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte, neden olduğu utanç ve suçluluk duyguları nedeniyle çoğunlukla gizli kalmaktadır. Cinsel istismara uğrayan olguların yalnız %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Literatürde kızların erkeklerden 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalma riski taşıdığı bildirilmektedir. Ülkemizde cinsel istismar ile ilgili istatistiksel veri azdır. İstanbul'da anonim bir anketin kullanıldığı lise öğrencilerinde yapılan geniş bir saha araştırmasında kızların %13,4'ü cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Aynı araştırma bu istismarların %11,3'ünün cinsel bölgelerinin ellenmesi ve % 4,9'unun ise cinsel ilişkiye zorlanma olduğunu saptamıştır. İki tip tarzda birden cinsel istismara uğradığını belirtenlerin oranı ise %3 olarak bulunmuştur.

Adolesan cinsel taciz ve istismarı kısa ve uzun dönem morbiditesi oldukça yüksek olan tıbbi ve sosyal bir durumdur. Cinsel istismara uğramış adolesanlar akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar, sigara içme, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, şiddet eğilimi, davranım ve cinsel davranış bozuklukları, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, obezite ve tüm sağlık parametrelerinde kötüleşme açısından yüksek risk altındadır. Bu riskli yaş grubunda erken ve doğru müdahale ile gelecekteki sorunların azaltılabilmesi mümkündür. Bu nedenle adolesan yaş grubuna hizmet veren tüm hekimlerin adolesan cinsel taciz ve istismarına yaklaşım konusunda eğitim alması ve her adolesan değerlendirmesinin olası bir taciz/istismarı ortaya çıkarmak için fırsat olduğunu bilmesi gerekmektedir.

Bu konuda ülkemizde yapılmış yeterli çalışma bulunmamakta olup, bu yazının amacı adolesan cinsel istismar ve taciz yönetiminde hekimlerin bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve kurbanların mağduriyetini azaltmak amacıyla yapılacak eğitimlere ışık tutmaktır.

Yöntem

Çalışmada İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde adolesan yaş grubu hastalara hizmet sunan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Aile Hekimliği, Acil Hekimliği, Çocuk Cerrahisi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümlerinde çalışmakta olan asistanlar, uzmanlar ve eğitim görevlileri arasından gönüllü olan hekimlere uygulanan bir anket kullanıldı.

Anket soruları üç gruptan oluşmakta idi. Anketin ilk kısmında hekimlere sosyo-demografik sorular (yaş, cinsiyet, branş, meslekte tecrübe süresi) soruldu. Hekimler yaşlarına göre 30 yaş üstü ve 30 yaş altı olmak üzere 2 gruba ayrıldı, bunun yanında meslekteki tecrübe yılı sorularak 5 yıl altı ve 5 yıl üstü olmak üzere iki grup yapıldı. Yine çalışmakta oldukları kadroyu asistan, uzman, eğitim görevlisi/doçent olarak işaretlemeleri istendi. Çalışmaya katılan asistan hekimler ise 0-2 yıllık asistan, 2-4 yıllık asistan ve 4 yıl üzerinde olmak üzere üç gruba ayrıldı, çıkan sonuçlar gruplar arasında karşılaştırıldı.

Anketin ikinci kısmında taciz ve istismar ile ilgili temel kavramlar ve adli yönetim konusunda toplam 20 şıktan oluşan sorular yöneltildi. Bu kısımda cinsel istismar ve taciz ayrımı, tanımları, kızlık zarı muayenesinde yönetim ve adli sorumluluk, istismarın adli bildirim, kanun ve kurallara aykırı istismar sayılabilecek başvuru ve uygunsuz muayene talepleri hakkındaki yaklaşımlar sorgulandı. Yine bu bölümde adolesan cinsel istismarına yol açabilecek risk faktörlerini (evden kaçma, aile içi çatışmalar, okul başarısında düşme, arkadaşı olmama, madde kullanımı, erken yaşta cinsel ilişkiye girme, öz kıyım girişimi öyküsü) değerlendiren sorular yer aldı.

Anketin üçüncü kısmında ise istismarın tıbbi yönetimi konusunda duhul gerçekleşmiş ise uygulanacak tıbbi tetkik ve tedaviler ile ilgili sorular yer aldı. Bunlardan enfeksiyon riskini artıran faktörler (saldırgan sayısı, istismarın sayısı, cinsel istismara uğramış olan kişinin daha önceki cinsel aktiviteleri), fiili istismar sonrası olası enfeksiyon etkenleri (Neisseria gonorrhoea, Chlamydia trachomatis, HIV, Hepatit B, sifiliz, Herpes simplex virüs, bakteriyel vaginozis, Human papilloma virüs, Pedikülozis pubis), bu enfeksiyonlara yönelik tetkik yöntemleri, enfeksiyon profilaksisi ve postkoital kontrasepsiyon yöntemleri ile ilgili sorular yöneltildi.

Çalışma başlamadan önce beş hekim üzerinde pilot uygulama yapılarak bazı sorularda anlaşılabilirliği artıracak minör değişiklikler yapıldı ve anket formuna son hali verildi. Ankete başlamadan önce katılacak hekimlerden onam alındı, ancak formlar anonim olduğu için gönüllülerden anketin üzerine isim belirtmemeleri istendi. Çalışmayı tasarlayan hekimler ve katılmayı kabul etmeyenler çalışmaya dahil edilmedi.

Tüm analizler SPSS 21,0 versiyon (Statistical package for social sciences, Chicago, Illinois) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Değişkenler ortalama±standart sapma (SD) ile kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) olarak hesaplandı. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılması ise ki-kare analizi ile test edildi. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Ankete katılım için 122 hekime teklif götürüldü. Çalışmayı kabul etmeyen sadece iki hekim oldu. Kabul edenlerin tamamı formu eksiksiz doldurduğu için tüm formlar (n=120) istatistiksel değerlendirmeye alındı. Anketi dolduran hekimler branşlara göre değerlendirildiğinde %62,5 (n=75) kadar çocuk sağlığı ve hastalıkları, %23,3 (n=28) aile hekimi, %10,8 (n=13) acil hekimi, %1,7 (n=2) çocuk cerrahisi, %1,7 (n=2) kadın hastalıkları ve doğum dallarında görev yapmakta idi. Değerlendirmeye alınan hekimlerin %55'i (n=66) kadın, %45'i (n=54) ise erkekti, ortalama yaşları $32,4 \pm 7,7$ (min 25, max 61) olarak saptandı. Hekimlerin mesleki tecrübe yıllarına göre 5 yıl altı mesleki tecrübesi olan hekimler %54,2 (n=65), 5 yıl üzeri mesleki tecrübesi olan hekimler %45,8 (n=55) olarak saptandı. Kadrolar incelendiğinde %68,3'ü (n=82) asistan hekim, %20,8'i (n=25) uzman hekim ve %10,8'i (n=13) eğitim görevlisi/doçent idi. Asistan hekimlerin ise %35,8'i (n=43) ilk 2 yıl, %29,2'si (n=35) 2-4 yıl, %3,3'ü (n=4) 4 yıl ve üzeri tecrübedeydi.

İlk olarak adli yaklaşımın değerlendirildiği sorularda; cinsel istismar ve tacizin farklı olup olmadığı konusundaki soruya hekimlerin %76,7'si (n=92) doğru yanıt vermiş olup, cinsel taciz tanım sorusuna 27 hekim doğru yanıt vererek tacizi düşük bir oranda (%22,5) doğru tanımlamıştır. Cinsel istismar tanım sorusuna hekimlerin %80'i (n=96) doğru yanıt vermiştir. Olgu örneği ile cinsel istismarın adli sorumluluklarını tanımlayan soruda ortalama %64,3 (n=72) doğru yanıt alınmıştır. Savcılık izni olmadan ailesi tarafından kızlık zarı muayenesi için getirilen adolesanın yönetimi ile ilgili soruya doğru cevap oranı ise ortalama %81,9'du. Cinsel istismar ve taciz durumlarının adli olay olup olmadığına yönelik soruya doğru yanıt oranı ise %92,5 (n=111) idi. Cinsel istismar/taciz vakalarının göz ardı edilmesinin de bir suç olduğu ile ilgili soruya %100 oranında doğru yanıt verildi. Ülkemizde cinsel istismarın göz ardı edilip edilmediği ile ilgili soruya ise doğru yanıt oranı %99,2 olarak saptandı. Adli yönetimle ilgili cevaplar hekimlerin mesleki tecrübe yıllarına ve kadrolarına göre ayrı ayrı karşılaştırıldığında farklılık olmadığı saptandı ($p=0.113$, $p=0.538$). Cinsel istismar riskini artıran faktörler (evden kaçma, aile içi çatışma, ders başarısızlığı, vb.) ile ilgili toplam 6 soruda ise doğru tahmin oranının ortalaması %90,8 idi.

Tıbbi yönetimle ilgili cevapların değerlendirmesinde ise yine sırasıyla tecrübe yıllarına ve kadrolarına göre ayrı ayrı yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.084$, $p=0,164$). Fiili cinsel istismar

durumlarında oluşabilecek cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ile ilgili risk faktörleri ile ilgili üç soru (saldırgan sayısı, istismar sayısı ve istismara uğrayan kurbanın önceki cinsel aktiviteleri) değerlendirildiğinde ortalama doğru yanıt %93,6 oranında idi.

Duhul içeren cinsel istismar sonucu oluşan veneryal hastalık etkenleri açısından sorulan 12 şıklı soruda hekimlerin doğru yanıt verme oranı %74 idi (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsel istismara uğrayan olguda CYBH testleri

Mikroorganizma/ Enfeksiyon hastalığı	Tetkik
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Rektum, boğaz, üretra (erkeklerde), ve vajen kültürleri
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Rektum, üretra (erkeklerde), ve vajen kültürleri
Sifiliz	Eğer varsa şankrardan karanlık saha incelemesi, serolojik testler için istismardan 6, 12 ve 24 hf sonra kan örneği
Hepatit B virüs	Eğer kurbanı üç doz hepatit B aşısı olmamaş ise, istismarcının ve kurbanın hepatit B yüzey antijenine bakılır
Herpes simpleks virüs (HSV)	Lokal örnekten viral kültür, ek olarak eğer lezyon büyük ve kapalı ise polimeraz zincir reaksiyon testi
Bakteriyel vajinozis	Vajinal akıntudan ıslak preparat, pH ve potasyum hidroksit testi ya da gram boyama
Human papilloma virüs	Fizik muayene, bunun yanında tanı kuşkulu ise lezyondan biyopsi
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vajinal akıntudan ıslak preparat veya kültür
Pedikülozis pubis	Yumurtaların, larvaların ve bitlerin çıplak gözle veya büyüteç ile görülmesi

Bu tarz istismar sonrası profilaktik antibiyotik, antiparaziter, antiviral ajan kullanımı ve aşı ile ilgili sorulan toplam beş soruda doğru tahmin oranı ise %58 idi. Duhul içeren travmatik cinsel istismara uğrayan adolesan için verilmesi gereken postkoital kontrasepsiyon yöntemi ile ilgili soruya %80 oranında doğru yanıt alındı (Tablo 2).

Tablo 2. Adolesan olgularda cinsel istismar sonrası profilaksi

<i>N. Gonorrhoeae</i> enfeksiyonu için	Seftriakson, 250 mg, İM, tek doz ya da Sefksim, 400 mg, oral, tek doz
<i>C. Trachomatis</i> enfeksiyonu için	Azitromisin, 1 g, oral, tek doz ya da Doksisiklin, 100 mg, oral, günde iki kez 7 gün boyunca (hamilelik olmadığı durumlarda)
Trikomoniazis ve bakteriel vajinozis için	Metranidazol, 2 g, oral, tek doz
Hepatit B virüs için	Eğer ilk muayene sırasında hepatit B aşılması tam değilse yapılır. İlk dozdan 1-2 ay ve 4-6 ay sonra tekrar dozları
HIV enfeksiyonu için	Bölge koşulları ve istismardaki özelliklere göre değişir
Acil kontrasepsiyon	
Levanorgestrel 1,5 mg tek seferde ya da Oral kontraseptif ilaçlardan 20-30 µg etinil östradiol + 0,1-0,15 mg levonorgestrel ya da 0,3 mg norgestrel içerenlerden her seferde 2 adet olmak üzere 12 saatte bir, 3 gün boyunca verilir	

Alınması gerekli sürüntü kültürü bölgeleri (rektum, boğaz, vajen, erkeklerde ayrıca üretra) ile ilgili sorulara verilen toplam doğru yanıt %85'di (Tablo 3).

Tablo 3. New York Bölgesel Sağlık Birimi, AIDS Enstitüsü'nün Maruziyet sonrası HIV profilaksi önerileri

10 yaş - 13 yaş	Zidovudine (9 mg/kg, günde 2 defa) + Lamivudine (4 mg/kg, günde 2 defa) + Lopinavir/Ritonavir (Lopinavir 10 mg/kg / Ritonavir 2.5 mg/ kg günde 2 defa)
> 13 yaş	Zidovudine 300 mg PO, günde 2 defa + Lamivudine 150 mg PO, günde 2 defa [Kombine tedavi: Combivir 1 tablet PO , günde 2 defa olarak verilebilir] + Tenofovir 300 mg PO , günde tek doz Ya da Zidovudine 300 mg PO, günde 2 defa + Emtricitabine 200 mg PO günde tek doz+ Tenofovir 300 mg PO günde tek doz

Sonuç

Cinsel istismar karmaşık bir yaşam deneyimidir, bir tanı veya bir bozukluk değildir. İstismarı takiben gençlerde görülebilecek klinik tablolar çeşitlilik göstermektedir. Adolesan cinsel istismarı mağdurun tıbbi geçmişi, fiziksel ve ruhsal muayene, laboratuvar tetkikleri de dahil olmak üzere detaylı bir inceleme gerektirir. Bu çalışmanın değerlendirdiği adolesan cinsel istismarı konusunda hekimlerdeki farkındalık ve istismarın erken tanınarak doğru yaklaşımın gösterilmesi son derece önemli konulardı. Konu grupları ayrı ayrı ele alındığında taciz ve istismarın adli süreç yönetimindeki mesleki tecrübe yılının yönetimde anlamlı bir fark yaratmadığı saptandı. Bu durumun konu hakkındaki eğitimlerin eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hekimler tarafından cinsel istismar ve taciz ayrımının net olarak yapılamadığı görüldü. Cinsel taciz, kişinin vücut dokunulmazlığının ihlali niteliğini taşımayan, cinsel yönden ahlak temizliğine aykırı olarak mağdurun rahatsız edilmesidir. Mağdura hafifçe sürtünmek, yanağından bir kesme almak gibi hareketlerle de kişinin cinsel özgürlüğünün kısıtlanmış olduğu düşüncesindeyiz. Bu tür davranışlar her ne kadar “basit” hareketler olarak değerlendirilse de kişide oluşan etkileri o kadar basit olmayabilir. Yargıtay kararları incelendiğinde, hareket nasıl olursa olsun vücut teması olan durumlarda cinsel saldırı ya da cinsel istismar suçunun varlığının düşünüldüğü görülmüştür. Her ne kadar adolesan yaş grubu çocuklar mağdur veya suça sürüklenmiş olduklarında savcılar tarafından birebir ifadeleri alınsa da adli raporlardaki terminolojinin doğru yazılması son derece hassas bir konudur. Bu nedenle adli rapor tutma yetkisi olan ve adolesan yaş grubuna hizmet veren hekimler taciz ve istismar ayrımını net olarak bilmeli ve adli raporları dikkatle düzenlemelidirler.

Tartışma ve Öneriler

Bu çalışmada yer alan cinsel istismarda adli muayene yapılması ile ilgili sorulardaki başarı yüzdesi %64,3 olup bu konuda bilgi eksikliği olduğunu düşündürmektedir. İstismara uğrayan adolesan, kolluk kuvvetleri ve sağlık personeli tarafından da bilmeyerek istismar edilebilir veya mağduriyeti artırılabilir. Yine aileler de kendi çocuklarına karşı istismar yapabilmekte ve bu konuda sağlık personeline karşı bekaret muayenesi konusunda ısrarcı olabilmektedir. Hiymen kontrol muayenesi erkek egemen kültürlerde kadınlar üzerinde önemli bir yaptırım aracıdır. Bu muayene, kadının kendi vücudu üzerindeki hakkını ortadan kaldırır. Fiziksel, sosyal ve mental sorunlara yol açar. Hatta bu muayene sonucunda bekaret olmaması kavramının ahlaksızlık anlamına gelmesi, intiharlar ve namus cinayetleri gibi sonuçlara da yol açabilmektedir. Sağlık personeli de bu konuda bilgili olmak, gereğinde aileler

ve/veya kolluk kuvvetlerinden gelebilecek uygunsuz öneriler karşısında hukuki sorumluluklarını bilmekle yükümlüdür. Ülkemizde mevcut geçerli hukuki düzenlemelere göre, tıbbi nedenler dışında mahkeme kararı olmadan genital muayene yapılamaz. Adolesan çağı çocukların yetkili olmayanlar tarafından (aileler, kolluk kuvvetleri) hiyemen muayenesi talep edilerek hekimlerin karşısına getirilmesi de istismarın bir diğer türüdür. Bu durumlarda yetkili olmayan istismarcılara karşı da müsamaha gösterilmesi ve adli sürecin başlatılmaması kanuna aykırı bir durumdur. Taciz ve istismarın atlandığı veya göz ardı edildiği çalışmamıza katılan hemen her hekim tarafından belirtilmektedir. Sadece bu sorudan alınan cevap ile dahi bu konuya dikkat çekici eğitim ve yayınların gerekliliği vurgulanabilir. Bu nedenle istismara uğramış adolesanın sağlık kurumunda psikolojik açıdan zarar görmeden korunma altına alınması ve doğru yönetim için eğitimlerin artırılması gerektiği görülmektedir. Cinsel istismarın ergenin ruhsal yaşantısına etkisi ergenlerin bireysel farklılıklarına, istismarın tipi, süresi ve şiddetine, ergen ile istismarcı arasındaki ilişkiye göre değişiklikler gösterebilir. Bununla birlikte bazı mağdurların yapılan ilk değerlendirmelerinde belirgin bir psikiyatrik bulgu saptanmayabilir. Fakat ergenin zamanla ciddi sorunlar yaşayabileceği akılda tutulmalı ve hekimlerin uzun süreli psikiyatrik takibin gerekliliği konusunda aileleri uyarması önemlidir.

Global literatürde evden kaçma, aile içi çatışmalar, okul başarısında düşme, arkadaşı olmama, madde kullanımı, erken yaşta cinsel ilişkiye girme, özkıyım girişimi gibi benzer risk faktörleri değerlendirildiğinde cinsel istismar adolesan yaş grubunda depresyonla da ilişkilidir. Cinsel istismara uğrama riskini, çocuk ve gencin zihinsel ve bedensel engelli olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi etkenler artırır. Ülkemiz için bu risk faktörlerini değerlendiren bir saha çalışmasına rastlanmamıştır. Bizim çalışmamıza bakıldığında hekimlerin bu risk faktörlerinden okul başarısında düşmeyi en az riskli gördükleri tespit edilmiştir. Bu konuda yapılacak eğitimlerde okul başarısında düşmenin de bir alarm semptomu olduğunun vurgulanması uygun olacaktır. Çalışmaya katılan hekimlerin en çok dikkatini çeken ve adolesan cinsel istismarı ile ilişkili bulunduğu madde kullanımı ise cinsel istismar için hem sebep hem sonuç olabilecek risk faktörlerindedir. Madde kullanımının etiyojisinde yaşadığı bir travmayı unutmaya çalışma ve krizi bastırarak unutmaya güdüsü yatmaktadır. Bu nedenle her madde kullanan adolesanın bir istismar kurbanı olabileceği akla getirilmelidir.

Fili cinsel saldırı sonrası adolesanlar CYBH için yüksek risk altındadırlar. Saldırmanın birden fazla olması, adolesana yapılan istismarın sayısı, cinsel istismara uğrayan kişinin daha önceki cinsel aktivitelerinin CYBH riskini artıran faktörler olduğu dünya literatüründe birçok kez vurgulanmıştır.

Aynı anda tek etken görülebileceği gibi, birden fazla etkenli enfeksiyonlar da görülebilmektedir. Çalışmamızda bu etkenler hekimlerin çoğu tarafından doğru olarak tanımlanmıştır. Enfeksiyon profilaksisi ile ilgili sorularda verilen cevaplardan kullanılması gereken antibiyotikler açısından doğru cevap verilme oranı %58 olup, eksik olanlarda HBV aşısı yapılması ile ilgili şıkta doğru yanıt verilme oranı %85,8 olarak saptanmıştır. Ancak çalışmamızda hekimlerin travmatik cinsel istismarda anti-retroviral tedaviye ihtiyaç için verdiği yanıtlar üçte iki oranında yanlıştır. HIV günümüzde tüm dünyada halen tüm önlemlere karşı giderek yayılmakta olan bir hastalıktır. Taşıyıcıların birçoğu hastalık etkenini barındırdığından haberdar değildir. Bu yayılım hızı ve prevalansından dolayı DSÖ adolesanda travmatik tüm istismarlar sonrası antiretroviral tedavi önermektedir. HIV taşıma riski yüksek olan adolesanlar; intravenöz madde kullananlar, CYBH öyküsü olanlar, cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve HIV enfeksiyonunun prevalansının yüksek olduğu bir bölgede yaşayan ve cinsel olarak aktif olan adolesanlar, son 6 ay içinde birden fazla partneri olanlar, homoseksüeller, HIV enfeksiyonu riski yüksek partneri olanlardır. Bu grup anti-retroviral tedavi açısından öncelikli olarak düşünülmektedir. Cinsel istismara uğramış adolesanlar, HIV enfeksiyonu için çocuklara göre büyük risk altındadır. Bizim çalışmamızda da hekimlerin HIV için anti-retroviral tedavi verilme konusunda sorulan sorulara düşük oranda doğru yanıt vermeleri, ülkemizde yaygınlığı giderek artmakta olan bu enfeksiyona karşı yeni kampanyalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Adolesanlarda travmatik cinsel istismar sonrasında alınacak kültürler sonraki adli süreç açısından son derece önemli delil niteliğindedir. Zamanında ve doğru yerden alınacak örneklerden yapılacak olan kültürler cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanısında altın standarttır. Yaptığımız çalışmada %85 oranında alınması gereken kültürler ve bölgeleri doğru olarak bilinmiştir. Bu bağlamda adolesan cinsel istismarının yönetiminde tıbbi yönün (mikrobiyolojik tanı) hekimler tarafından adli ve hukuki yönüne göre daha iyi bilindiği söylenebilir.

Postkoital kontrasepsiyon cinsel istismara uğramış adolesan olguda düşünülmesi gereken acil müdahalelerden birisidir. Levonorgestrel 1,5 mg tek seferde, etinil östradiol 20-30 mcg+0,1-0,15 mg levonorgestrel ya da 0,3 mg norgestrel içeren preparatların ise her seferde 2 adet olmak üzere 12 saatte bir, 3 gün boyunca verilmesi önerilen uygulamalardır. Bu çalışmada acil kontrasepsiyona dair iki ayrı medikasyona yer verilmiş ve ilaç dozları sorgulanmıştır. Hekimler %80 oranda doğru yanıt vermiş olup bazı hekimler ise konu hakkında 'bilmiyorum' şeklinde ifade kullanmıştır. Kendisine bu konuda danışan bir adolesana hekimin o anda yardımcı olamaması veya yanlış medikasyon uygulaması mortalitesi ve morbiditesi yüksek sonuçlara (istenmeyen gebelik ve sebep olduğu komplikasyonlar) neden olabilir.

Sonuç olarak adolesan cinsel taciz ve istismarı hayati öneme sahip ancak yeterince üzerinde durulmayan bir konu olarak göze çarpmaktadır. Bu çalışma konunun farklı yönlerine vurgu yaparak bu konudaki bilgi ve tutumları sorgulamaktadır. Elde edilen veriler adolesan yaş grubuna hizmet veren hekimlerin farkındalığının artırılması için daha fazla eğitime ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

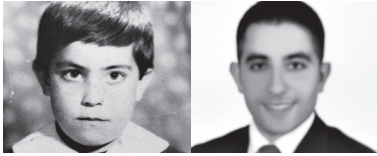


* Kayı Eliacık

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
kayjeliacik@gmail.com

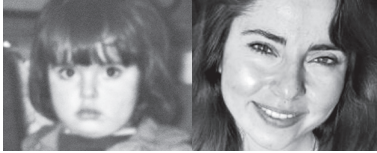
* Nazmiye Aslı Sürgele

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
aslisurgele2007@hotmail.com



* Ali Kanık

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
dralikanic@hotmail.com



* Aylin Yetim

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Adolesan Bilim Dalı
aylinyetim99@hotmail.com



* Nurullah Bolat

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
nurullahbolat@yahoo.com

* Ali Rahmi Bakiler

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
arbakiler@yahoo.com.tr

Kaynakça

- Polat, O. (2007). *Tüm boyutları ile çocuk istismarı*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yates, A. (1999). *Sexual abuse of children*. J.M. Wiener (Ed.). In: Textbook of Child Adolescent Psychiatry (p.699-709). second ed. Washington, American Psychiatric Press.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gomez-Benito, J. (2009) *The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor*. Child Abuse Negl, 33, 331-342.
- Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Kaymak, DA., Uysal Ö., İltter, Ö. (2006). *Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey*. Child Abuse Negl, 30, 247-255.
- Aktepe, E., Işık A., Kocaman O., Özyay Eroğlu, F. (2013). *Demographic and Clinical Characteristics of Children and Adolescents Examined in a University Hospital Who Are Victims of Sexual Abuse*. New Sempozyum Journal, 51, 115-120.
- McLean, CP., Morris, SH., Conklin, P., Jayawickreme, N., Foa, EB. (2014). *Trauma Characteristics and Posttraumatic Stress Disorder among Adolescent Survivors of Childhood Sexual Abuse*, 29, 559-566.
- Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bachuss C, et al. (2005). *Disabling conditions and registration for child abuse end neglect: a population-based study*. Pediatrics, 116, 609-613.
- Fiş NP, Arman A, Kalaça S, Berkem M. (2010). *Psychiatric Evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey*. Child Youth Serv Rev, 32, 1285-1290.
- Finkel, MA., Lind, ME. (2011). *Sexual Abuse and Assault*. In: Textbook of adolescent healthcare. (p. 1702-1708). Fisher MM, Kreipe RE, Rosenfeld WD (eds). USA, The Donohue Grup.
- Hussey, JM., Chang, JJ., Kotch, JB. (2006). *Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors and adolescent health consequences*. Pediatrics, 118, 933-942.
- Campbell, R., Greeson, M., Bybee, DI., Kennedy, A., Patterson, D. (2010). *Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences with SANE-SARTs and the Criminal Justice System. 2007-WG-BX-0012 FINAL REPORT*. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234466.pdf> adresinden 8 Ekim 2015 tarihinde erişildi.
- Haydar, E. (2007). *5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu* (1.bs.) Ankara: Yayın Matbaacılık ve Ticaret İşletmesi. S.1303.
- Gerçek, LÇ. (2011). *Yargıtay kararlarıyla cinsel taciz suçu*. AUHFD, 60, 47-82.
- Çocuk Koruma Kanunu*, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 15/7/2005 Sayı: 25876, Kabul Tarihi: 3/7/2005, Kanun Numarası: 5395.
- Loeber, O. (2014). *Wrestling with the hymen: Knowledge and attitudes*. Eur J Contracept Reprod Health Care, 23, 1-6.
- Raphael, D.D. (1998). *Commentary: The ethical issue is deceit*. BMJ, 316, 460.
- Kılıç, C., Kalay, R., Kılıç, E. (2014). *Kızlık Zarı ve Kabahatli Sayılma*. JCAM. doi: 10.4328/JCAM.2597.
- Dilbaz, N., Erkmén, H., Seber, G., Kaptanoğlu, C., Baysal, B., Tekin, D. (1992). *Üniversite öğrencilerinin cinsellikle ilgili tutumları*. Ankara Tıp Dergisi 14, 17-24.
- Özan, S., Aras, Ş., Şemin, S., Orçin, E. (2004). *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri*. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 18, 27-39.
- TCSB Kadın Cinselliği Bilgilendirme Dosyası 5. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/26/269201116550-bilgilendirme_dosyasi_5.pdf 30 Ekim 2015 tarihinde erişildi.
- Türkiye'de çocuk hakları ve cinsel istismar bilgi notu*. <http://www.cocukhaklariizleme.org/wp-content/uploads/FactSheet-F-WEB-13nov14.pdf> 30 Ekim 2015 tarihinde erişildi.
- Gomez, J., Becker, S., O'Brien K., Spirito, A. (2015). *Interactive Effect of Child Maltreatment and Substance Use on Depressed Mood Among Adolescents Presenting to Community-Based Substance Use Treatment*. Community Ment Health J, PMID: 26017474.

- Varma, S., Gillespie, S., McCracken, C., Greenbaum, VJ. (2015). *Characteristics of child commercial sexual exploitation and sex trafficking victims presenting for medical care in the United States*. *Child Abuse Negl*, 44, 98-105.
- Jenny, C. (1992). *The role of the physician as medical detective*. In: Heger A, Emans SJ (eds). p.51-61. *Evaluation of the sexually abused child*. Oxford, Oxford University Press.
- Lacey, HB. (1990). *Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre*. *Int J STD AIDS*, 1, 405-409.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2005). *Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendation from the US Department of Health and Human Services*. *MMWR Recomm Rep*, 54, 1-20.
- Eliacıık, K., Çiftdoğan, Yılmaz D. (2015). *Cinsel istismara uğramış adolesanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların yönetimi*. *J Pediatr Inf*, 9, 000-000. doi: 10.5152/ced.2015.1786.
- Committee on Infectious Disease American Academy of Pediatrics. (2012). *Sexually transmitted infections in adolescents and children*. In: Pickering LK (ed.). p.176-85. *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*, 29th edition, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Update to CDC's sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006*. *MMWR Recomm Rep*, 56, 332-6.