

## ÇOCUK VE ERGENLERDE CİNSEL KÖTÜYE KULLANIM VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

### SEXUAL ABUSE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AND NURSING APPROACH

Şeyda DÜLGERLER Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Cinsel kötüye kullanım, çocuk ve ergen, hemşirelik yaklaşımları  
**Key Words:** Sexual abuse, child and adolescent, nursing approach

#### ÖZET

Çocuk ve ergenin cinsel kötüye kullanımı, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimi için çocuk veya ergeni, cinsel bir nesne olarak kullanması olarak tanımlanmaktadır. Cinsel kötüye kullanımının çocuk ve ergenlerde çeşitli olumsuz sonuçları vardır. Cinsel kötüye kullanımın olası sonuçları; cinsellik üzerine etkiler, emosyonel etkiler, depresif duygudurum, anksiyete, davranışsal etkiler, kişilik değişiklikleri ve diğer etkilerdir. Bu yazıda cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklar ve ergenlerdeki belirtiler, bulgular, olası sonuçlar, önleme ve hemşirelik yaklaşımları gözden geçirilmiştir. Cinsel kötüye kullanımın çocuk ve ergen üzerine etkilerini bilmek; değerlendirme, önleme, tedaviyi planlama ve uygun hemşirelik yaklaşımları geliştirmede önemlidir.

#### SUMMARY

*Child and adolescent sexual abuse is defined as the use of a child or an adolescent as an object of gratification for adult sexual needs and desires. There are a variety of negative consequences of sexual abuse for child and adolescents. The possible consequences of sexual abuse are sexualizing effects, emotional effects, depressed mood, anxiety, behavioral effects, personality alterations and other effects. In this article, we reviewed symptoms, findings, possible consequences and prevention in children and adolescents who had sexual abuse. Understanding of the consequences of sexual abuse on child and adolescent is important for assessment, prevention, therapeutic planning and nursing approach.*

#### GİRİŞ

Çocuk ve ergenin cinsel kötüye kullanımı, yetişkin bir kimsenin cinsel arzuları ve gereksinimleri için çocuğu cinsel bir nesne olarak kullanması şeklinde tanımlanmaktadır (Canat 1994). Yapılan araştırmalar çocuklukta ve ergenlikte cinsel kötüye kullanımın sanıldığı kadar ender olmadığını düşündürmektedir. Geniş ölçekli bir araştırmada,

toplum örneklemindeki her on erkek ve her üç kız çocuktan birinin onsekiz yaşından önce cinsel kötüye kullanıma uğrama riski taşıdığı saptanmıştır (Smith and at all 1994). Bunların gerçek oranları tahminlerden daha yüksektir; çünkü bunların tanınmaları zor olmakta, aile veya çocuk tarafından çeşitli nedenlerle gizlenmektedir. Çocuk ve ergenlerin çoğu suçluluk duyguları, utanma, ailelerinin dağılması, kötüye kullananın tehdidi ve katı yasalar gibi korkular nedeniyle uğradıkları istismarı açıklayamamaktadır. Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanımın ülkemizde de sanıldığı kadar aksine daha yüksek oranlarda olduğu tahmin edilmektedir. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel kötüye kullanım yaşantısının %1.4 oranında olduğu bulunmuştur (Koten ve ark. 1996).

Cinsel kötüye kullanımın örseleyici etkilerinin çocuk ve ergenlerde daha sık olması nedeniyle, bu gruplarda daha doğru ve etkin hemşirelik yaklaşımlarında bulunulabilmesi için, ne gibi olumsuz etkiler yaptığının bilinmesi gereklidir. Bu yazıda çocuk ve ergenin cinsel kötüye kullanımına işaret eden klinik belirti ve bulguları, çocuğun şimdiki yaşantısı ile yetişkinlik yaşamı üzerine olası etkileri, korunma ve hemşirelik yaklaşımları ele alınmıştır.

## **CİNSEL KÖTÜYE KULLANIMA İŞARET EDEN KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR**

Cinsel kötüye kullanıma işaret eden klinik belirti ve bulguların tanınması fiziksel kötüye kullanıma oranla daha zordur. Ayrıca çoğu olguda cinsel kötüye kullanımı kanıtlayacak fiziksel bulgular yoktur. Özgün bulgular olmamasına karşın, çocuk ve ergenler kuşkuyu artırıcı birçok davranış örüntüsü ve klinik bulgular gösterebilmektedir (Hymel, Jenny 1994). Çocukla ilgilenen kişinin veya sağlık çalışanlarının muayene sırasında dikkatini çeken fiziksel belirti ve bulgular şunlar olabilmektedir; genital bölgedeki sıyrıklar, kaşınma, ağrı, yırtılmış himen, vajina veya makat kanaması, perine yırtığı ya da çürükleri, yürüme ve oturmadaki güçlülüdür. Ayrıca çocuk ve ergenlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, penis iltihabı veya vajinal akıntı durumlarında cinsel kötüye kullanım olabileceği düşünülmelidir.

Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanıma işaret eden birçok davranışsal değişiklik de gözlenmektedir. Davranışsal değişiklikler ile ilişkili belirti ve bulgular yaşlara göre farklılıklar göstermektedir. Yaşlara göre gözlenen davranışsal değişiklikler şunlardır (Smith and at all 1994, Hymel Jenny 1994, Yalın 1990).

### **Bebeklik - 4 Yaş**

- Tuvalet eğitiminde bozulmalar (idrar veya dışkı kaçırma)

- Cinsel içerikli sözcüklerde artma
- Cinsel organları ile aşırı fiziksel uğraş
- Oyunlarında cinsel içeriğin fazlalığı (cinsel eylemlerin diğer çocuklarla veya bebeklerle taklit edilmesi )
- Uyku bozuklukları

#### **4 - 6 Yaş**

- Korku (yetişkinlerden, özellikle erkeklerden aşırı derecede korkma)
- Cinsel içerikli sözcük ve davranışlarda artma (cinsel organları gösterme, cinsel organları ile aşırı fiziksel uğraş veya açık masturbasyon)
- Cinsel ilişkiyi ayrıntılı bilme (cinsel ilişkiye tanık olma veya katılmadan kuşkulandırılmalıdır)

#### **7 - 12 Yaş**

- Okul başarısında düşme
- Korku (özellikle yetişkinlerden)
- Depresif belirtiler
- Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri
- Yaşa uygun olmayan davranışlarda artma (anne ya da abla davranışı gösterme)
- Cinsel konularla aşırı uğraşma
- Cinsel saldırganlık (başkalarını cinsel ilişkiye zorlama)
- Aşırı veya açıktan masturbasyon

#### **Ergenlerde**

- Evden kaçma veya eve gitmede isteksizlik
- Duygulanımda dalgalanma
- Kendine zarar verme, özkıyım girişimleri
- İlaç ve alkol kötüye kullanımı
- Uygunsuz cinsel davranışlar (flörte erken başlama, kışkırtıcılık, arkadaşlarını cinsel ilişkiye zorlama)
- Davranış bozuklukları (okuldan ve evden kaçma, yalan söyleme, çalma ve saldırgan davranışlar )

Okul öncesi çocukların bilişsel ve dil gelişiminin yeterli olmaması nedeniyle değerlendirilmeleri güçtür. Bu çocuklarda bu tür yaşantıları oyunlar veya fantazilerle açığa çıkarmak mümkün olabilir (Everson, Boat 1990).

## **CİNSEL KÖTÜYE KULLANIMIN YETİŞKİNLİK YAŞANTISI ÜZERİNE OLASI ETKİLERİ**

Çocuklukta veya ergenlikte yaşanan cinsel kötüye kullanımın şimdiki yaşantısına ilaveten yetişkinlik yaşantısı üzerine de olumsuz etkileri olduğuna dair bir çok yayın vardır (Beitchman JH and at all 1991, Beitchman JH and at all 1992, Green AH.1993). Yapılan bir çalışmada, çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma uğrayanların yetişkin yaşamlarında psikolojik sorun görülmesi, böyle bir öyküsü olmayanlara oranla yaklaşık iki kat daha fazla bulunmuştur (Hooper 1990).

Cinsel kötüye kullanımın olası sonuçları şunlardır (Smith and at all 1994, Koten ve ark. 1996, Kaplan 1994, Fergusson and at all 1996).

1. Cinsellik üzerine etkiler
2. Emosyonel etkiler
3. Depresif duygudurum üzerine etkiler
4. Anksiyete şeklindeki etkiler
5. Davranışsal etkiler
6. Kişilik gelişimi üzerine etkiler
7. Diğer etkiler

### **Cinsellik üzerine etkiler:**

Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklarda, büyük olasılıkla gözlenen en özgün cevap artmış cinsel davranışlardır. Yapılan çalışmalarda bu çocukların, yetişkin veya diğer genç çocuklarla daha sık cinsel ilişkiye girdikleri, arkadaşları ile cinsel içerikli oyunlar oynadıkları ve hastaneye yatırıldıklarında sağlık personeline karşı baştan çıkarıcı davranışlarda buldukları saptanmıştır (Beitchman and at all 1991, Beitchman and at all 1992, Green 1993, Adams and at all 1995, Yates 1991).

Bu veriler "acaba cinsel davranışlardaki artış, cinsellikle erken tanışma veya cinselliği erken öğrenmenin sonucu mu oluşmuştur, yoksa cinsel kötüye kullanıma uğrayan çocukların baştan çıkarıcı (sedüktif) bir yönü mü vardır?" sorusunu akla getirmektedir.

Kötüye kullanılanın birden fazla olması, kötüye kullanımın sık olması, uzun süreden beri olması ve güç kullanılması çocuklarda uygunsuz cinsel davranış gelişimini artırmaktadır (Kohan and at all 1987, Friedrich and at all 1992, Mc Clellan and at all 1996). Ayrıca yapılan bir çalışmada cinsel kötüye kullanıma ne kadar erken yaşta maruz kalınmışsa uygunsuz cinsel davranış gösterme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada özellikle 0-3 yaşları arasında cinsel tacize uğrayanlarda aşırı cinsel davranışlar ve

teşhircilik anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Friedrich and at all 1992, Mc Clellan and at all 1996).

Cinsel kötüye kullanıma maruz kalan kızların erkeklere oranla daha fazla uygunsuz cinsel davranışlar gösterdiği belirtilmektedir (Adams and at all 1995, McClellan and at all 1996). Cinsel kötüye kullanıma uğramış kız çocuklarının arkadaşları arasında cinsel ilişkiyi başlatma eğiliminin daha fazla olduğu ve davranışlarının daha çok yetişkinin cinsel davranışlarını andırdığı ileri sürülmektedir. Ergenlik döneminde ise kişilerarası ilişkilerde çoğu davranışlarını cinselleştirerek diğer insanları kullanmaya çalıştıkları belirtilmektedir (Fergusson and at all 1996).

Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocukların bebekleri ile oynamaları gözlemlendiğinde ve çizdikleri resimler incelendiğinde daha fazla cinsel içerikli oyun, davranış ve çizimler sergiledikleri saptanmıştır (Everson, Boat 1990, Hibbard and at all 1988). Çocuklukta cinsel kötüye kullanıma uğrama yetişkinlik yaşamında cinsellikten korkma, karşı cinsle ilişkilerde sorunlar yaşama gibi cinsel yaşantı üzerinde belirgin olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Kadınlarda frijidite, vajinusmus gibi cinsel sorunlar artmaktadır. Erkekler de ise sıklıkla cinsel kimlik karmaşası gözlenmektedir (Finkelhor and at all 1990, Mullen and at all 1993).

#### **Emosyonel etkiler:**

Klinik çalışmalar, çoğu kurbanın cinsel kötüye kullanım yaşantısından kendisini sorumlu tuttuğunu ve suçladığını göstermiştir (Summit 1983, Elliott, Tarnowski 1990). Bu bulgular çocukların "isteseydim, arzu etseydim bu durumu durdurabilirdim" düşüncesi olduğunu desteklemektedir. Eğer kötüye kullanımda rıza ve baştan çıkarıcılık olmuşsa suçluluk duygularının arttığı belirtilmektedir (Summit 1983). Kurbanlarda yetersizlik ve izolasyon duyguları gelişebilmektedir. Bir kısmında karşı cinse güvensizlik gelişirken, bir kısmında ters etkiyle uygunsuz cinsel nesneye çabuk bağlanmanın söz konusu olduğu bildirilmiştir (Elliott, Tarnowski 1990).

#### **Depresif duygu durum üzerine etkileri:**

Cinsel kötüye kullanıma uğrayanlarda depresyon gelişme riski artmaktadır. Klinik gözlemlerde depresif duygudurumunun sıklıkla kızgınlıkla birlikte olduğu görülmektedir (Elliott, Tarnowski 1990, Monck and at all 1993). Bu gibi çocukların gelecek hakkında olumsuz düşüncelere ve düşük benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır (Elliott, Tarnowski 1990). Çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanıma uğramış olanların yetişkin dönemlerinde depresyon gelişme riskinin arttığı belirtilmektedir (Mullen and at all 1993).

#### **4. Anksiyete şeklindeki etkiler:**

Çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma uğramış yetişkinlerde anksiyete bozukluğu prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda çocukluğunda cinsel kötü kullanım öyküsü olanlarda yetişkinlikte daha sık olarak agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi gibi anksiyete bozukluklarının ortaya çıktığı bulunmuştur (Mullen and at all 1993, Stein, Wolker, Anderson 1996).

Anksiyete belirtileri; korku, bedensel yakınmalar, uyku örüntüsü değişiklikleri ve kabuslar tarzında kendini göstermektedir. Bu belirtiler daha çok travma sonrası stres bozukluğu ile uyumlu bir klinik tablodur. Çocuk olayı canlı bir şekilde yeniden yaşamakta, gerginlik ve çabuk tepki verme gibi belirtiler göstermektedir. Yapılan bir çalışmada cinsel kötüye kullanıma uğramış grubun fiziksel kötüye kullanılan gruba göre daha fazla travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütleri gösterdikleri belirlenmiştir (Deblinger and at all 1989 ). Cinsel kötüye kullanıma uğrayan çocuk ve ergenlerde disosiyatif belirtilerin sık olduğu saptanmıştır. Bu çocuk ve ergenlerin yetişkinlik yaşamlarında disosiyatif belirtiler gösterme olasılıkları yüksektir (Ch, Dill 1990)

#### **5. Davranışsal etkiler:**

Cinsel kötüye kullanıma uğramış erkek çocuklarda en sık görülen davranış tepkisi, saldırgan davranışların gelişimi şeklindedir. Bu erkek çocuklarda davranım bozukluğu niteliğindeki davranışlar sıklıkla gözlenmektedir. Bazı araştırmacılar bunu, erkek kimliğini yeniden oluşturma olarak yorumlamaktadır. Kızlarda en sık gözlenen davranış tepkisi ise, intihar ve kendine zarar verme davranışlarıdır. Kendine zarar verici davranışlar genellikle vücudunda sigara söndürme ve bileğini kesme gibi davranışlar şeklinde kendini göstermektedir. Bazı araştırmacılar, bunun kendini cezalandırma ve çekiciliği azaltmak amacı güttüğünü ileri sürmektedirler (Rogers, Tery 1984). Yetişkin yaşamdaki kendine zarar verme ve intihar davranışının, çocuklarda cinsel kötüye kullanıma maruz kalışla bağlantılı olabileceği sıklıkla düşünülmüştür. Kendine zarar verme davranışı veya intihar düşünceleri olan yetişkin kadınları değerlendirirken çocukluğunda cinsel kötüye kullanıma uğramış olma olasılığı bir klinisyen tarafından göz ardı edilmemelidir (Romans 1995, Briere, Zaidi 1989).

#### **6. Kişilik gelişimi üzerine etkiler:**

Çalışmaların çoğunda borderline kişilik bozukluğuna sahip hastalar arasında çocuklukta cinsel kötüye kullanım sıklığının yüksek olduğuna ilişkin bulgular vardır (Briere, Zaidi 1989). Silk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, borderline kişilik bozukluğunun gelişiminin "cinsel kötüye kullanımın süresi" ile ilişkili olduğu

belirlenmiştir. Devam eden cinsel kötüye kullanım, borderline kişilik bozukluğu gelişme olasılığını artırmaktadır (Silk 1995).

### **7. Diğer etkiler:**

Heins ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, çocuklukta cinsel kötüye kullanımı takiben varsanları araştırmışlar, çocuklukta cinsel kötüye kullanım sonrası varsanların oluşabileceğini ve bunların yıllarca sürebileceğini saptamışlardır. Burada gözlenen varsanların şizofrenideki varsanlardan farklı, yalancı varsanlar olduğu belirtilmektedir (Heins, Gray, Tennat 1990). Yapılan bir çalışmada cinsel tacize uğramış ergenlerde, daha sık olarak uyuşturucu madde kullanımı ve aşırı alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (Singer, Patchers, Hussey 1989).

## **CİNSEL KÖTÜYE KULLANIMI ÖNLEME**

Çocukların cinsel kötüye kullanımlarının özellikle 7 yaşın altındaki çocuklarda anlamlı düzeyde saptanması, bir çok girişim yöntemlerinin ve önleme programlarının geliştirilmesini sağlamıştır. (Kolko, Moser, Weldy 1988, Wurtele and at all 1987). Etkili ve işe yarar programların geliştirilebilmesi için anne ve babaların eğitilmesi ve uzmanlarla işbirliği yapılması gerekir. Bu eğitimde ailenin çocuğa öğretmesi gereken bilgileri Yalın ve arkadaşları şöyle sıralamaktadırlar (Yalın 1990).

- Cinsel organları yaralandığı ya da hastalandığında, yalnız doktorların veya ana babalarının dokunabileceği öğretilmelidir.
- Kendilerini cinsel açıdan kötüye kullanmak isteyen kişilere "hayır" demeleri öğretilmelidir.
- Rahatsız olacakları herhangi bir biçimde, kendilerine dokundurtmama hakkına sahip oldukları öğretilmelidir.
- Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan biriyle karşılaştıklarında oradan hemen uzaklaşmaları öğretilmelidir.
- Cinsel yönden kötüye kullanıma uğramaları halinde, hiç bir zaman bunun kendi suçları olmadığı öğretilmelidir.
- Cinsel organlarına dokunan bir büyük ile ilgili "sır" saklamamaları öğretilmelidir.
- Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan birisi ile karşılaştıklarında "yüksek sesle bağırmaları" öğretilmelidir.
- Cinsel kötüye kullanıma kalkışan biriyle mücadele etmede "vurma, tekme atma" gibi davranışlar öğretilmelidir.
- Cinsel yönden kötüye kullanıldıklarını kime (anne ve babaya) ve nasıl anlatacakları öğretilmelidir.
- Cinsel organların anatomik isimleri doğru olarak öğretilmelidir.

- Cinsel yönden kötüye kullanıldıklarını bildirdiklerinde bazen yetişkinlerin inanmadıkları anlatılmalıdır.

Çocuğun kötüye kullanım sırasında yüksek sesle bağırmasının bazen de olumsuz etkileri olabileceği unutulmamalıdır. Kötüye kullanan bireyin, bağırma sırasında telaşlanıp kurbanına zarar verme, hatta öldürme riski bulunabilmektedir. Çocuğa cinsel ilişki tarif edilirken veya cinsel eğitim verilirken nasıl ve nereye kadar bir eğitimin verileceği dikkatle planlanmalıdır. Eğitim sırasında, yaşa uygun olmayan tarzda veya aşırı ayrıntılı bilgi verilmesi, çocuğun cinselliğe merakında aşırı artışa neden olabileceği unutulmamalıdır. Önleme programlarına çocuğa cinsel davranışların öğretilmesini içeren konular konulacaksa, anne babalara, çocuğun yaşa özgü cinsel davranış ve gelişim özelliklerinin de anlatılması gerekmektedir. Cinsel kötüye kullanım çocuk tedavi için hekime getirildiğinde, eğer kötüye kullanım aile içerisinde birisi tarafından yapılmışsa mutlaka çocuğun aileden uzaklaştırıp tedavi edilmesi gereklidir. Sonuç olarak; çocuktan anamnez alımı ve fizik muayenesi sırasında cinsel kötüye kullanım şüphesi uyandıran ifadelerin, davranışların ve bulguların uzmanlar tarafından dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Cinsel kötüye kullanım açısından erken önlemlerin alınması ve tedavi çocuğu ileriye yönelik olumsuz etkilerden koruyacaktır.

## **CİNSEL KÖTÜYE KULLANIMDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI**

Çocukların ve ergenlerin mutlu, üretken ve uyumlu olabilmeye yetilerini bozan “cinsel kötüye kullanım” bulgularının tanınması ve sağaltımı çocuğun ve ergenin sağlıklı gelişimi ve sağlıklı bir yetişkin olabilmesi sürecinde oldukça önemlidir. Çocuk ve ergenlerin fizik ve ruh sağlığı, işlevselliği ve sağlıklı gelişimi üzerinde duran, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve çocuğun “cinsel kötüye kullanımı” ile ortaya çıkan bozuklukların tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonu ile ilgilenen psikiyatri hemşirelerinin bu alanda yapacakları hizmetin kalitesi önemlidir. “Cinsel kötüye kullanım” sürecini yaşayan çocuk ve ergene yönelik hemşirelik bakım hizmetleri çocuğun ve ergenin temel gereksinimleri, günlük yaşam aktiviteleri ve çocuk ruh sağlığı ve hastalıklarına yönelik hemşirelik uygulama standartlarına uygun olarak bağımsızlığı arttırıcı, işlevselliği sürdürücü, güvenliği sağlayıcı, tedavi edici ve komplikasyonları önleyici girişimleri içermektedir (Canat 1994, Beitchman and at all 1991, Beitchman and at all 1992, Green 1993, Adams and at all 1995).

1987 yılında Amerikan Hemşireler Birliği, çocuk ruh sağlığı ve hastalıklarına yönelik hemşirelik bakımının kalitesini belirleyici standartlar geliştirmiştir. Her profesyonel hemşire gibi psikiyatri hemşireleri de “Cinsel kötüye kullanım” durumunu yaşayan çocuğa bu standartlar



doğrultusunda bilgi ve becerilerini kullanarak gereken bakım ve hizmeti vermektedir (Beitchman and at all 1991, Beitchman and at all 1992, Green 1993, Adams and at all 1995).

Psikiyatri hemşiresi hemşirelik tanılarını oluşturmadan önce çocuk ya da ergenle mümkün olduğu kadar ayrıntılı öykü alabileceği bir görüşme yapmalıdır. Görüşme sırasında şunlara dikkat edilmelidir:

Çocuktan öykü alırken çocuk veya ergenle yalnız bulunulmalı, dostça ilişkili kurulmalı ve destekleyici olunmalıdır.

Tanışma sonrasında kendisiyle neden görüşüldüğü anlatılmalı ve görüşmenin amacı açıklanmalıdır.

- Çocuk veya ergen ile aynı düzeyde oturulmalı, Görüşmeye arkadaşları, okulu veya ilgileri hakkında yumuşatıcı konuları sorarak başlanmalıdır.
- Hemşirenin ses tonu ve yüz ifadesi yargılayıcı bir tarzda olmamalıdır.
- Çocuğu ya da ergeni tehdit edici konuşmalar yapılmamalı, Onun güvenini kazanmalı ve konuşulanların ikinizin arasında kalacağına yönelik güvence verilmelidir.
- Başlangıçta açık-uçlu sorular sorulmalıdır. Açık uçlu sorular şu şekilde olabilir: "Birileri sana hoşlanmadığın bir tarzda dokundu mu?", "Birileri senin özel bölgelerine dokundu mu?", " Nasıl oldu?", "Konuyu biraz daha açar mısın?", "Hatırladığın başka birşeyler daha var mı?", "En son olan olayı bana anlatabilir misin?".
- Taciz olayından sonra ağrı, kanama veya idrar yaparken yanma olup olmadığı sorulmalıdır. Taciz yapanın ismini ve tacizin nerede olduğu öğrenilmelidir.
- Tekrarlayıcı sorulardan kaçınılmalıdır.
- Açık uçlu soruların sorulması bitmiş ve hala cinsel taciz olayı açığa kavuşmamışsa, daha özel sorular sorulmalıdır.
- Görüşme sırasında çocuğun davranışları gözlemlenmeli ve kaydedilmelidir. Kayıtlar çocuğun ifade ettiği tarzda yazılmalıdır.
- Görüşme sonlanırken çocuğa olan şeyleri anlatmasının doğru bir davranış olduğu söylenmelidir.

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2002)'nin geliştirdiği tanı sınıflamaları arasında çocuklarda görülen "Cinsel kötüye kullanım" tepkilerine ilişkin hemşirelik tanıları yer almaktadır. Psikiyatri hemşiresi çocuk ya da ergenle ayrıntılı ve açık bir görüşme yaptıktan sonra bu tanı sınıflaması doğrultusunda hemşirelik tanılarını oluşturmaya başlar Psikiyatri hemşireleri, çocukların "Cinsel kötüye kullanım"a karşı olan tepkileri ile çalışırken bu tepkileri nedene yönelik yaklaşımlarla değerlendirip, sistematik bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik

süreci doğrultusunda hemşirelik tanımlarını kullanarak, uygulamalarını yaparlar. Örneğin; “çocuğun geleceğe yönelik olumsuz ifadeleri ve kötümserliğine bağlı umutsuzluk duygusu”, “nedensellik ve anlam hakkında aşırı uğraşmaya bağlı düşünce sürecinde değişiklik” ya da “bireysel başetmede yetersizlik”, “öfke ve öfke dışavurumuna bağlı kendine ya da başkalarına zarar verme potansiyeli”, “kendini kınama ve utanca bağlı benlik saygısında azalma” “Cinsel kötüye kullanıma bağlı öfkeyi kendisine yöneltmeyle ilişkili suçluluk duygusu” gibi hemşirelik tanımları bu süreci yaşayan bir çocuk ya da ergen için en sık kullanılan hemşirelik tanımlarıdır

Psikiyatri hemşirelerinin cinsel kötüye kullanım durumu yaşayan çocuğa yönelik oluşturdukları bu hemşirelik tanımlarına uygun hemşirelik girişimlerini planlayıp, uygulama sürecinde doğru yaklaşımları göstermeleri çok önemlidir. Bu girişimler, çocuğun yaşına ve gelişim dönemine uygun olarak, hemşirelik girişimleri sınıflandırma sistemi (Nursing İntervention Classification-NIC)’nde belirtilen girişimler listesi kullanarak seçilir.

Yaşanan olay nedeniyle çocuk ve aile suçlanmamalıdır. Çocuğa kendisinin hatası olmadığı anlatılmalıdır. Çocuklara, bazı çocukların başına da benzer şeylerin geldiği veya gelebileceği anlatılmalıdır. Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklara uygun yaklaşımın sağlanması, çocuğun olayı çözümü ve sıkıntısıyla başa çıkması konusunda yardımcı olacaktır. Bu sebeple cinsel kötüye kullanım olguları ile karşılaşan psikiyatri hemşireleri nasıl davranacakları konusunda eğitilmiş olmalı ve klinik yaklaşımları bilmelidir.

Sonuç olarak hemşirenin bu durumdaki rolü cinsel kötüye kullanım vakalarını tanımlayabilmesi, mağduru anlamaya çalışarak, yardım ve destek sunabilmesi olarak sıralanabilir. Hemşire tarafından yapılan iyi bir değerlendirme, iyi bir girişimi ve yapılandırılmış bir uygulamayı getirir. Cinsel kötüye kullanım döngüsünün kırılması açısından hemşire önemli bir yere sahiptir. Çocuk ve ergene yaklaşımda, durumun erken tanısı ve çözümünde hemşirenin de içinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Tüm disiplinlerin ortaklaşa çalıştığı bu yaklaşım sayesinde çocuğun ve ergenin topluma tekrar kazanımı sağlanacaktır. Bunun için hemşirelik girişimlerinin esas alındığı, cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuk ve ergenin ailesinin de terapi sürecine dahil edildiği aile merkezli eğitim ve destek programlarının yürütülmesi gerekmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Adams J, McClellan J, Douglass D, McCurry C, Storck M. (1995). “Sexually Inappropriate Behaviors İn Seriously Mentally İll Children And Adolescents”. Child Abuse Negl;19:555-68.

2. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A(1992) "Review Of The Long-Term Effects Of Child Sexual Abuse". *Child Abuse Negl*;16:101-18.
3. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D. A(1991) "Review Of The Short Term Effects Of Child Sexual Abuse". *Child Abuse Negl*;15:537-56.
4. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. (1991) "Early Sexual Abuse And Clinical Depression İn Later Life". *Br J Psychiatry*; 159:115-22.
5. Briere J, Zaidi LY.( 1989) "Sexual Abuse Histories And Sequelae İn Female Psychiatric Emergency Room Patients". *Am J Psychiatry*; 146:1602-6.
6. Canat S.(1994). "Ergenlerde Aile İçi Cinsel Taciz". *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*;(1):18-22.
7. Chu JA, Dill DL.( 1990) "Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse". *Am J Psychiatry*; 147:887-92.
8. Deblinger E, McLeer SV, Atkins M, Ralphe D, Foa E.( 1989). "Post-truamatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children". *Int J Child Abuse Negl*: 13 (3):403-8.
9. Elliott DJ, Tarnowski KJ.( 1990) "Depressive characteristics of sexually abused children". *Child Psych Hum Dev*; 21:37-48.
10. Everson MD, Boat BW.(1990) "Sexualized doll play among young children: implications for the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 29 (5):736-42.
11. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT.(1996) "Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35(10):1365-74.
12. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ.(1996) "Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalance of sexual abuse and factors associated with sexual abuse". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35(10):1355-64.
13. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C.(1990) "Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors". *Child Abuse Negl*;14 (1):19-28.
14. Fothergill J.(1994) *Çocuğun kötüye kullanımı. Pediyatrik İleri Yaşam Desteği II. Bozkurt K (çev.). İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Tic.A.Ş, 233-42, 1994.*
15. Friedrich WN, Grambsch P, Damon(1992). *The child sexual behavior inventory: normative and clinical findings. Psychol Asses*; 4:303-11.
16. Foye HR, Sulkes ZB. *Sexual abuse. Behrman RE, Kliegman RM (ed.) ( 1994). Nelson Essentials of Pediatrics. Second edition, Philadelphia: W.B.Saunders Company,; 81-83.*
17. Green AH.(1993) *Child sexual abuse: immediate and long-term effects and interventions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 :890-902.
18. Heins T, Gray A, Tennant M.(1990) *Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. Aust NZ J Psychiatry*, 24:561-65.
19. Hibbard RA, Brack CJ, Rauch S, Orr DP.(1988) *Abuse, feelings and health behaviors in a student population. Am J Dis Child*;142:326-330.
20. Hooper PD. (1990). *Psychological sequelae of sexual abuse in childhood. Br J Gen Pract.*; 40 (330):29-31.

21. Hymel KP, Jenny C.(1996). Child sexual abuse. *Pediatrics in Review*; 17 (7):236-49.
22. Kaplan HI(1994) . Sexual abuse. Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry, Kaplan HI, Saddock B (ed.). 7 th edition, Williams and Wilkins, Baltimore,1788-95.
23. Kohan MJ, Pothier P, Norbeck JS.(1987). Hospitalized children with a history of sexual abuse: incidence and care issues. *Am J Orthopsychiatry*; 57:258-64.
24. Kolko DJ, Moser JT, Weldy SR.(1988) Behavioral-emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients: a controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse Negl*; 12(4):529-41.
25. Koten Y, Tuđlu C, Abay E.(1996). Üniversite öğrencileri arasında ensest bildiriimi. Özşahin A (yayın sorumlusu) XXXII Ulusal Psikiyatri Kongresi: Eylül 25-28; Ankara. GATA Basımevi1996;154.
26. McClellan J, McCurry C, Ronnel M, Adams J, Eisner A, Storck M.(1996) Age onset of sexual abuse. Relationship to sexually inappropriate behaviors. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;35(10):1375-83.
27. Monck E, Bentovim A, Goodall G, Hyde C, Lwin R, Sharland E.(1993) Child sexual abuse: A descriptive and treatment study. London: Her Majesty's Stationery Office.
28. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP.(1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry*; 163:721-732.
29. Rogers CN, Terry T.(1984). Clinical interventions with boy victims of sexual abuse. Stuart IR and Greer JR (ed.). *Victims of Sexual Aggression: Treatment of children, Women and Men* .Newyork: Van Nostrand Reinhold press.
30. Romans S.(1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*;152:1336-42.
31. Sedney MA, Brooks B.(1984) Factors associated with a history of childhood sexual experience in a nonclinical female population. *J Am Acad Child Psychiatry*. 23: 215-18.
32. Silk K.(1995).Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry*;152:1059-64.
33. Singer MI, Patchers MK, Hussey D.(1989). The relationship between sexual abuse and substance abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse Negl*: 13(3):319-25.
34. Smith M, Bentovim A. Sexual abuse. Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed.)(1994). *Child and Adolescent Psychiatry*. Third Edition, Newyork: Science Ltd, 230-43.
35. Stein M, Walker J, Anderson G.(1996). Childhood physical and sexual abuse and with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry*:153:275-77.
36. Summit RC.(1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Negl*; 7: 177-93.
37. Wurtele SK, Currien LL, Gillespie EI, Fraklin CF. (1987). The efficacy of a parent-implemented program for teaching preschoolers personal safety skills. *Behaviour Therapy*; 22:69-83.
38. Yalın A.(1995). Okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 2(1):19-27.
39. Yates A.(1991). *Childhood Sexuality*. Lewis M (ed.). *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins, 195-215.