

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
TRAVMA VE AFET ÇALIŞMALARI UYGULAMALI RUH SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HIV (+) TANISI ALMIŞ, TEDAVİ GÖREN OLGULARDA; ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ SIKLIĞI VE RİSKLİ CİNSEL DAVRANIŞLAR
ARASINDAKİ İLİŞKİ

RÜVEYDE SEDA KANTURVARDAR

117507009

Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım

İstanbul, 2019

HİV (+) Tanısı Almış, Tedavi Gören Olgularda; Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı
ve Riskli Cinsel Davranışlar Arasındaki İlişki

The Relationship Between Risky Sexual Behaviors and The Frequency of Childhood
Traumas of People, That Have Been Diagnosed with HIV(+) and in The Process of The
Treatment

Rüveyde Seda Kanturvardar

117507009

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. A. Tamer Aker
İstanbul Bilgi Üniversitesi

: Prof. Dr. Beril Durmuş
Marmara Üniversitesi



Tezin Onaylandığı Tarih: 25.11.2019

Toplam Sayfa Sayısı: 119

Anahtar Kelimeler (Türkçe)

- 1) HİV(+)
- 2) Çocukluk Çağı Travmaları
- 3) İstismar
- 4) İhmal
- 5) Riskli Cinsel Davranış

Anahtar Kelimeler (İngilizce)

- 1) HIV(+)
- 2) Childhood Trauma
- 3) Abuse
- 4) Neglect
- 5) Risky Sexual Behaviors

ÖNSÖZ

Yolculuğumda karişıma çıkmış, hayatına dokunduğum, hayatıma dokunmuş tüm canlılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Akademik alanda bana fırsat veren Prof. Dr. Tamer Aker'e, kıymetli bilgilerini benden esirgemeyen ve bu çalışma için beni yüreklendiren tez danışmanın Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım'a, her aşamasında yanımda olan, omzumda elini her daim hissedeceğim Prof. Dr. Beril Durmuş'a, Doç. Dr. Gresi Sanje 'ye bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı Prof. Dr. Özlem Altuntaş Aydın ve Uzm. Dr. Sevtap Şenoğlu'na sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Yolculuğumun tüm iniş çıkışlarında yanımda olduğunu bildiğim Uzm. Psikiyatrist Eşber Baki Ayaydın'a, yaşadığımız coğrafyanın elverişsizliğine rağmen tek başına bir kadın olarak tüm zorluklara başa çıkıp yanımda olan annem Berrin'e, kardeşlerim Buket, Umut ve biricik yeğenim Tuana'ya, yoldaşım, eşim, dostum Ali Kanturvardar'a, çok teşekkür ederim.

Arkadaşın aslında seçilmiş aile olduğunu, birlikte büyümenin birlikte öğrenmenin eşsiz bir deneyim olduğunu keşfetmemi sağlayan dostlarıma, yolculuğumda bana eşlik ettikleri için minnettarım. Özellikle bu tez çalışmasında sabrını benden esirgemeyen Pelin Y. Bodur'a, Serdan Çarboğa'ya, Ceyhun Yılmaz'a, Nurcan Keskin'e, ne kadar teşekkür etsem azdır.

Öğrenmenin asla bitmeyecek bir yolculuk olduğunu bana her daim hatırlatan yaşamın kendisine şükranlarımı sunarım.

R. Seda Kanturvardar

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM	3
TARİHSEL BİR OLGU OLARAK VİRÜSLER.....	3
1.1 HIV ve AIDS Tanımı ve Bulaş Yolları	3
1.1.1 HIV Epidemiyoloji.....	4
1.1.2 Bulaş Yolları.....	7
1.1.3 HIV Tanısı	10
1.1.4 Tedavi Süreci.....	11
1.2 Travma	12
1.2.1 Çocukluk çağı travmaları.....	15
1.2 Riskli Cinsel Davranışlar	24
1.3.1 Anal İlişki.....	28
1.3.2 Çoklu Cinsel Temas	28
1.3.3 Tek Gecelik Cinsel Temas	29
1.3.4 Madde Kullanımı	30
1.3.5 Alkol Kullanımı.....	31
1.3.6 Kondom Kullanmadan Gerçekleşen Cinsel Temas.....	31
1.3.7 Erken Yaşta Başlayan Cinsellik	32
1.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Riskli Cinsel Davranışlar Arasındaki İlişki	34
2. BÖLÜM	36
ARAŞTIRMANIN METEDOLOJİSİ	36
2.1 Yöntem ve Modeli	36
2.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	36
2.4. Veri Toplama Araçları	37
2.4.1 Klinik ve Sosyo-Demografik Veri Formu	37
2.4.2 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇCRTÖ)	37
2.4.3 Cinsel Risk Alma Ölçeği (CRAÖ).....	38
2.5 Araştırmanın Hipotezleri	38

2.6 Verilerin Analizi	39
3. BÖLÜM	40
ARAŞTIRMANIN BULGULARI	40
3.1 Katılımcıların Özellikleri	40
3.2. Riskli Cinsel Davranış Ölçeği Değişkenleri Arası Dağılım.....	46
3.3. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi	60
3.4 Cinsiyete İlişkin Bulgular	62
4.4.1 Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Karşılaştırılması ..	62
SONUÇ VE TARTIŞMA	72
KAYNAKÇA.....	77
3. EKLER	102

TABLO LİSTESİ

Tablo 0.1: Türkiye AIDS Vakalarının Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 1.2: Türkiye'de HIV(+) Kişilerin ve AIDS Vakalarının Olası Bulaş Yollarına Göre Dağılımı

Tablo 3.1: Katılımcıların Cinsiyet, Cinsel Yönelim ve Yaş Dağılımları

Tablo 3.2: Eğitim Durumu

Tablo 3.3: Gelir Düzeyi Dağılımı

Tablo 3.4: HIV+ Bulaş Yolu

Tablo 3.5: İlk Cinsel Birleşme

Tablo 3.6: HIV (+) Hakkında Bilgi Sahibi Olma Yaygınlığı

Tablo 3.7: Sosyal Destek Sistemlerinden Faydalanma

Tablo 3.8: Ruh Sağlığı Destek Sistemlerinden Faydalanma

Tablo 3.9: Katılımcıların Tedavi Sonrası Kontrolsüz Cinsel Davranışları

Tablo 3.10: Katılımcıların Madde Kullanım Oranları

Tablo 3.11: Katılımcıların Tedaviye Devam Etmeleri Önerildiği Halde Tedaviye Ara Verme Oranları

Tablo 3.12: Katılımcıların Riskli Cinsel Davranışları

Tablo 3.13: Katılımcıların Kondom Kullanım Oranları

Tablo 3.14: Katılımcıların Cinsel Birleşme Öncesi Alkol Kullanım Oranları

Tablo 3.15: Katılımcıların Cinsel Birleşme Öncesi Madde Kullanım Oranları

Tablo 3.16: Ç.Ç.R.T.Ö Alt Boyutlarından Elde Edilen Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri

Tablo 3.17: Katılımcıların Çocukluk Çağında En Az Bire Kere Ruhsal Travmaya Maruz Kalma Oranları

Tablo 3.18: Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları

Tablo 3.19:	Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları
Tablo 3.20:	Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları
Tablo 3.21:	Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları
Tablo 3.22:	Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları
Tablo 3.23:	Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları
Tablo 3.24:	Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları
Tablo 3.25:	Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları
Tablo 3.26:	Fiziksel İhmal Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları
Tablo 3.27:	Fiziksel İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları
Tablo 3.28:	Fiziksel İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları
Tablo 3.29:	Fiziksel İhmal uğradığını belirten olguların, madde kullanım oranları
Tablo 3.30:	Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları
Tablo 3.31:	Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları
Tablo 3.32:	Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları
Tablo 3.33:	Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları
Tablo 3.34:	Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları
Tablo 3.35:	Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları
Tablo 3.36:	Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların Alkol Kullanım Oranları
Tablo 3.37:	Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları
Tablo 3.38:	Çocukluk Çağı Ruhsal Travma, Riskli Cinsel Davranışlar Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi
Tablo 3.39:	Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları
Tablo 3.40:	Biyolojik Cinsiyete Göre Dağılım Grup İstatistiği

- Tablo 3.41:** Cinsel Temas Yolu ile Bulaşı Gerçekleşen HIV+ Olguların, Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ile İlişkisi
- Tablo 3.42:** Bağımsız Gruplar t-testi (Yaş/Riskli Cinsel Davranış)
- Tablo 3.43:** Yaş ve Riskli Cinsel Davranış Arasında İlişki
- Tablo 3.44:** Cinsel Yönelim ve Riskli Cinsel Davranışa Arasındaki İlişki
- Tablo 3.45:** Eğitim ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki
- Tablo 3.46:** Eğitim ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki Kruskal Wallis Testi
- Tablo 3.47:** Cinsiyet ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki
- Tablo 3.48:** Plansız Gerçekleşen İlk Cinsel Temas ve Riskli Cinsel Temas Arasındaki İlişki
- Tablo 3.49:** Ruh Sağlığı Desteği Ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki
- Tablo 3.50:** Gelir Düzeyi ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki
- Tablo 3.51:** Gelir Düzeyi ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki Kruskal Wallis Testi
- Tablo 3.52:** Geçmişte Madde Kullanımı, Çocukluk Travmaları Sıklığı Arasındaki İlişki
- Tablo 3.53:** HIV Hakkında Bilgi Sahibi Olan ve Virüs Hakkında Bilgisi Olmayanlar ve Riskli Cinsel Davranış Toplam Puanları
- Tablo 3.54:** 16 yaşından önce ve 16 yaşından sonra cinsel istismara maruz kalma ve Riskli Cinsel Davranış Toplam Puanları

KISALTMALAR

SIV	: Simian Immün Yetmezliği Virüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CDC	: Center for Disease Control and Prevention / Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
WHO	: World Health Organization /Dünya Sağlık Örgütü
ART	: Antiretroviral Tedavi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder/ Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund / Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UNAIDS	: United Nations Programme on HIV and AIDS/ Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Programı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
NIDA	: National Institute on Drug Abuse/ Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü
ÇÇRTÖ	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği
RCDÖ	: Riskli Cinsel Davranış Ölçeği
Ark.	: Arkadaşları
Çev.	: Çeviren
Vb.	: Ve benzer

SİMGELER

N	: Örneklem Sayısı
Ort.	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
Sd	: Serbestlik Derecesi
P	: Anlamlılık Düzeyi
R	: Korelasyon Katsayısı

ÖZET

Bu araştırmamanın amacı Türkiye’de yaşayan HIV+ tanısı almış tedavisine devam etmekte olguların çocukluk çağı travmalarının sıklığı ile riskli cinsel davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Günümüzde bir halk sağlığı sorunu olan HIV’nin, küresel olarak bir azalma yaşanırken Türkiye’de son on yılda % 465 arttığı görülmektedir. Çocukluk çağında deneyimlenen olumsuz yaşam olaylarının evrensel bir sorun olduğu ve kişilerin yaşamlarını etkileyecek ciddi sağlık sorunlarına sebep olabileceği gözlemlenmiştir. Araştırmanın örneklemi, araştırma hakkında bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş, okuma yazma bilen, değerlendirme sırasında madde etkisinde olmayan, yanıt vermeyi güçleştirecek her hangi bir bilişsel bozukluk göstermeyen 18 yaşını doldurmuş, İstanbul ilinde Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Biriminde HIV(+) tanısı almış tedavisine devam etmekte olan 116 klinik olgudan oluşmaktadır. Araştırmada sosyo-demografik veri formuna ek olarak Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği ve Cinsel Risk Alma ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen istatistiksel bulgulara göre Çocukluk Çağı Travmalarının sıklığı genel popülasyona göre HIV tanısı almış olgularda daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: HIV+, Çocukluk Çağı Travmaları, İstismar, İhmal, Riskli Cinsel Davranış.

ABSTRACT

The aim of the this research is to study the relationship between the risky sexual behaviors and the frequency of childhood traumas of people living in Turkey , that have been diagnosed with HIV+ and in the process of the treatment. HIV+, which is a public health problem today, despite the fact that is decreasing globally it, is clearly seen that HIV+ has been increased by percentage 465 in the last decade in Turkey. It has been observed that negative life incidents experienced in the childhood is an universal problem and can causes serious health problem that affecting people's lives. The sample of the research consists of 116 clinic cases which have been diagnosed with HIV+ and in the process of treatment in province of Istanbul, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, over 18 who no shows no cognitive disorder harden to replay literature have accepted to join this study have approved and have formerly been informed about this research. In the research, in addition to socio-demographic data form, childhood traumas questionnaire and sexual risk taking scale were used. According to the statistical findings obtained from the study, the study, the frequency of childhood traumas was found to be higher in patients diagnosed with HIV+ than the general population. The result of the research were discussed within the framework of literature.

Keywords: HIV+, Childhood Trauma, Abuse, Neglect, Risky sexual Behaviors.

GİRİŞ

İnsanlığın, tarihi boyunca içine doğduğu çağın getirdiği kısıtlılıklar sebebi ile çeşitli trajedi sahnelerine tanık olduğu gözlenmektedir, söz konusu trajediler; doğal afetler, savaşlar, salgın hastalıklar, kıtlık, kitlesel katliamlar, nükleer felaketler ve benzeri durumlarla örneklendirilebilir.

Salgın hastalıklar çağlar boyunca hem bilimin hem de tiyatro, edebiyat, sinema gibi birçok sanat dalının ilgisini çekmiştir. İnsanlık tarihi, ilkel çağlardan bu yana salgınların sebep olduğu kitlesel yok oluşlara şahit olmuş, bu durumları; tanrının cezalandırma sistemi, gazabı veya laneti olarak algılamış, lanetleri üzerinden kaldırmak için sayısız ritüel geliştirmiştir. Salgın hastalıkların, özellikle 10.000 yıl önce tarım devrimi ile birlikte nüfus artışı ve şehirlerin oluşması ile hızlı bir ivme kazandığı bilinmektedir. Homo Sapiens tarım devrimi ile birlikte yerleşik hayata geçmiş, toprağı ve hayvanları ıslah etmiş, yeni yaşam biçimine uyum sağlarken, bu konforlu görünen yeni yaşam biçiminin beraberinde neler getirebileceğini hesaba katmamıştır.

Artan nüfus oranları, kentleşme, hayvanlarla iç içe yaşam gibi belirleyiciler insanın mikroplarla tanışmasında etkili bir süreç olmuştur. Bulaşıcı hastalıklara sebep olan virüsler için insan bedeni konforlu bir konak olmuştur. Bazı devletler bulaşıcı hastalıkları diğer ülkeler üzerinde otorite kurmak için kullandıkları olmuş, biyolojik savaş silahlarına her geçen gün bir yenisini eklemişlerdir. Bilim ve teknolojik ilerlemelerle geçmişte ölümcül olan virüslere bugün çeşitli tedavilerle bağışıklık geliştirdiğimiz tartışılmaz ancak her çağda değişen yaşam koşulları sebebi ile yeni bir virüs tarih sahnesinde yerini almaktadır.

Ana çıkış noktası Kongo olarak bilinen Simian Immün Yetmezliği Virüsünün (SIV), primatlardan, insana bulaşması gerçekleştiğinde hızlı bir biçimde mutasyonlara uğrayarak Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü olarak (HIV) bilinen bir virüse dönüşmüştür. HIV kısa adıyla bilinmektedir. Virüsün ilk tespiti 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiştir (Özkaya, 2006). Dünyada 36.7 milyon kişinin HIV(+) ile yaşadığı bilinmektedir. Türkiye'de 1985 yılından günümüze kadar toplam 20,202 HIV(+) olgusu ve 1786 AIDS olgusunun varlığı tespit

edilmiştir. Virüsün bulaş yolları incelendiğinde en sık görülen olası bulaş yolunun korunmasız gerçekleşen cinsel temas olduğu görülmektedir (Halk Sağlığı Merkezi, 2019). Türkiye’de temel cinsel sağlık eğitimlerinin olmaması, toplumsal olarak konu hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması ve bu konuların konuşulmaktan kaçınılması sebebi ile risk artmaktadır. Literatür incelendiğinde, riskli sağlık davranışları, dürtüsellik ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki olduğu görülmektedir. Çocukluk çağı ihmal ve istismarının sistematik bir biçimde incelenmesi ve olası sonuçlarının araştırılması yaşanan son yüzyılda gerçekleşmiştir. Çocukluk çağında deneyimlenen fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmalin bireylerin ileriki dönem ruhsal sağlamlık hallerinde, ilgili yaşantıların yordayıcı olacağı belirtilmiştir (Horwitz ve ark.,2001).

Literatürden aktarılan bilgiler ışığında, çocukluk çağı travmalarının evrensel bir sorun olduğu ve kişilerin yaşamlarını etkileyecek ciddi sağlık sorunlarına sebep olabileceği gözlenmiştir. Günümüze kadar yapılmış araştırmalarda, HIV (+) tanısı almış olguların arka planında var olan mekanizmaların yeterince tanımlanmamış olması ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilen son on yılda yüzde 450 artış oranı bu çalışmanın çıkış noktası olmuştur. Bu bağlamda bu tez çalışmasında, HIV(+) tanısı almış ve tedavi gören olgularda çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve riskli cinsel davranışların arasındaki ilişkinin varlığının sorgulanması amaçlanmaktadır.

1. BÖLÜM

TARİHSEL BİR OLGU OLARAK VİRÜSLER

Dünya tarihine bakıldığında diğer canlılar gibi virüsler de kendi evrimsel süreçlerini sürdürmektedir. Virüsler kendi yolculuklarını canlılar arasında gerçekleştirmiş, insandan insana, hayvanlardan insana çeşitli yöntemlerle geçişlerini sağlayıp, çoğalarak mevcudiyetlerini korumuşlardır. Virüsler konakladıkları bedenlerde transferanslarını kolaylaştırıp, hızlandıracak biçimde değiştirebilmişlerdir. Virüsler; hücre içi parazitler olup, çoğalmak için enzimleri kullanmakta olan genetik malzeme taşıyan parçacıklardır. Virüsler insan bedenine konak olarak geçmesi sonucunda bağışıklık sistemi harekete geçer, kandaki alyuvarlar virüslerle savaşır, antikor üretir ve aynı virüsle insan bedeninin tekrar karşılaşması durumunda hastalanma ihtimalinin üretilen antikorlar sayesinde azalttığı bilinmektedir. Bazı virüslere karşı direnç geliştirip, antikorlar üretirken bazı virüslerin insan vücudunun antikorlarını tanıması sonucunda antijenleri değiştirebildikleri, farklı antijenlerle tekrar evrilebildikleri bilinmektedir. Dünya tarihinde bu virüslerin oynadığı rolün önemini Yeni Dünya'nın keşfi ile birlikte gözlemlenen nüfus azalması olduğu dikkat çekmektedir. Azalan nüfus oranlarının büyük kısmının savaş ve barış zamanlarında değil, gerçekleşen ilk temaslarda olduğu bilinmektedir (Diamond, 2016).

İçinde bulunulan zaman diliminde modern tıp bilimi birçok virüse karşı anti-viral tedaviler bulmuş olsa da bazılarını görece ehlileştirebilmiştir. Tarih çizelgesine baktığımızda kimi hastalıklar yaşamın bir parçası gibi algılanmış kimi hastalıklar sosyal stigmatizasyonlara (etiketlenme) sebep olmuştur, özellikle cinsel temas ile bulaşan, Antik Yunanda zevk, sefa ve erosun temsilcisi olan Venüs'e atfettikleri Zührevi (veneral) hastalıklar (Nikiforuk, 2000).

1.1 HIV ve AIDS Tanımı ve Bulaş Yolları

Globalleşme ile bireylerin mobilizasyonunun artması sonucu gerçekleşen etkileşimler, kişiler arası yakın temaslara sebep olmuş ve bu yakın temaslar ile hayvanda var olan bir virüsün coğrafi ve biyolojik sınırlarını tanımayarak zoonotik bulaşını mümkün kılmıştır. Zoonotik bulaş insanlar ve hayvanların etkileşimleri sonucu

gerçekleşen hastalıkları ifade etmek için kullanılan bir terminolojidir. Zoonotik bulaş sonucu meydana gelen en tehlikeli ve endişe verici virüslerden biri insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) yol açan AİDS olduğu bilinmektedir. Human Immunodeficiency Virus/ İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüs (HIV)' ünün ana çıkış noktası Kongo Demokratik Cumhuriyet'i olarak bilinse de Afrika ile eş zamanlı olarak Amerika'da münferit vakaların var olduğuna dair argümanlar mevcuttur (Nikiforuk, 2000). Simian Immün Yetmezliği Virüsünün (SIV) primatlardan insana hangi koşullarda geçtiğinin tam olarak bilinmese de virüsün kökenine yönelik çalışmalar devam etmektedir. Virüs gelişmiş bir primat türü olan insana bulaşı gerçekleştiğinde ciddi semptomlara neden olmuş, hızlı mutasyonlara uğrayarak Human Immunodeficiency Virus (HIV) İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü olarak bilinen ölümcül bir virüse dönüşmüştür. Virüsün ilk tespiti 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiştir (Özkaya, 2006).

Virüsün primatlardan insanlara bulaştığına dair üç hipotez üzerinde odaklanmış olup bunlardan ilki erken bulaş hipotezidir. Bu hipoteze göre 1900'lü yılların başında insanların kıtlık zamanlarında şempanzeleri besin olarak tükettiklerinde virüsün insana geçişin gerçekleşmiş olabileceği 1930'lara yalıtılmış yerel olan bu insan topluluğunun virüsten etkilendiği daha sonra diğer insalara bulaşı sonucunda virüsün çeşitlenmiş olabileceği varsayılmaktadır. Diğer hipoteze göre 1930'lu yıllarda primatların evcilleştirilmesi ve insanlarla etkileşimleri sonucunda insana bulaşı gerçekleşmiş bu süreçte yayılmaya başlamış ve çeşitlenmiş olabileceğini dikkat çekmiştir. Bir başka hipotez ise 1940- 1950'li yıllarda şempanzelerin böbrek hücrelerinde kültür ekimi yapıldığını ve ortaya çıkan oral-polio aşıları Orta-Afrika'da kullanılması sonucu mümkün kıldığını iddia edilen teoriler mevcuttur (Şahin ve Sabuncu, 2000).

1.1.1 HIV Epidemiyoloji

Human Immunodeficiency Virus (HIV), enfekte kişilerin CD4 T- hücrelerine konak olarak seçtiği özellikle savunma sistemi hücrelerine yapışarak, bağışıklık sistemini zayıflattığı bilinmektedir. HIV gp120 antijeni ile CD4+ isimli reseptörlere tutunarak hücreye yapışıp yüzeyindeki CD4 hücrelerini enfekte ederek hücrelerin daha fazla virüs üretmesine sebep olmaktadır. Virüs ile savaşan bağışıklık sistemi daha fazla CD4 hücresi

üretmek virüs ile mücadele etmeye başlar. HIV kendini çoğaltmak için yeni üretilen CD4 hücrelerini hedef alıp enfekte eder ve bu süreçte bağışıklık sistemi gitgide güçsüzleşmektedir (Bakırcı, 2012).

Paris Pasteur Enstitüsü'nde 1983 yılında iki bilim insanı, Dr. Françoise Barre – Sinoussi ve Dr. Luc Montagnier bugün İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) olarak bildiğimiz retrovirüsü tanımlamışlar ve bundan iki yıl sonra da virüsü izole etmeyi başarmışlardır (Nikiforuk, 2000). Virüsün saptandığı yıllar itibari ile ciddi ve hızlı bir artışla yayılması sonucunda 'çağın vebası' olarak isimlendirilmiştir. Tanımlanmasından sonra ciddi kitlelere nüfus eden salgında iki virüsün etkili olduğunun altı çizilmiştir; HIV-1, HIV-2. HIV-1'in daha tehlikeli ve ölümcül olanın 1983 yılında tanımlanmasından üç yıl sonra görece yavaş olan HIV-2'i tanımlanmış ve virüsün kökenine yönelik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. HIV-1'in bulaşının Ekvator Ginesi, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Kamerun ve Gabon'da, HIV-2 ise Senegal, Fildişi Sahilleri, Guinea Bissau, Guinea Conakry'de gerçekleştiği bilinmektedir (Özkaya, 2006).

HIV tespit edildiği yıldan bugüne kadar tüm dünyaya yayılmıştır. UNAIDS'in (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO/DSÖ) 2017 yılında açıkladıkları verilere göre; tüm dünyada 36,9 milyon kişinin HIV/AIDS virüsü ile enfekte olduğu bildirilmiştir. Coğrafi olarak virüsün yaygınlığı Sahra altı Afrika'da yoğun olduğu ve halen bölgede birinci sırada, küresel olarak dördüncü sırada ölüm sebeplerinden biri olduğunun altı çizilmektedir. Yapılan araştırmalarda, vakaların yüzde yetmişinin Afrika'da olduğu ve yüzde doksanın kalkınma sürecini tamamlamamış ülkelerde olduğu dikkat çekmektedir.

Dünya geneline bakıldığında bilinçlendirme çalışmaları, etkin korunma yöntemleri, riskli davranış kalıplarının değiştirilmesi ile hastalığın prevalansının giderek azaldığı gözlemlenmektedir. 2000'li yılların ilk 20 yılına kadar AIDS ile ilişkili hastalıklar yüzünden 39 milyondan fazla insanın hayatını kaybettiği tespit edilmiştir. Etkili önleme stratejilerinin mevcut olmasına rağmen, HIV ile enfekte olmuş insan sayısının küresel olarak artmaya devam etmektedir. Dünyanın en fakir ülkelerinden biri olan Afrika HIV'nin etkisinin en şiddetli bölgelerden biri konumundadır. AIDS ile ilişkili hastalıklardan kaynaklanan ölümlerde küresel düşüş, büyük ölçüde Sahra-Altı'ndaki ilerlemeden etkilenmiştir. Afrika, özellikle Doğu ve Güney Afrika, HIV ile yaşayan

dünya halkının %53'üne ev sahipliği yapmaktadır. Doğu ve Güney Afrika'da AIDS kaynaklı ölüm oranı 2010 ile 2017 yılları arasında %42'ye düşüşü Bölgedeki hızlı tedavi artış hızını yansıtmaktadır. Batı ve orta Afrika'da %24 oranında aynı dönemde, ölümler oranlarında istikrarlı bir düşüş Asya ve Pasifik'te de devam etmiş %39'a kadar azaltmış, batı ve orta Avrupa ve Kuzey Amerika %36 azalma ve Karayipler'de %23 azaldığı gözlemlenmektedir. Antiretroviral tedavi kapsamının nispeten yüksek olduğu ve AIDS kaynaklı mortalitenin uzun yıllar boyunca görece düşük olduğu Latin Amerika'da, son yedi yıldaki ölüm oranlarındaki azalama %12 olarak seyretmektedir. 2010'dan beri Doğu Avrupa ve Orta Asya'da AIDS kaynaklı ölüm oranlarında bir azalma olmamış, AIDS kaynaklı hastalıklardan kaynaklanan ölümler Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da %11 oranında arttığı bilinmektedir (Unaid, 2018).

Sahra-Altı Afrika'da, HIV ile yaşayan insanların %56'sı kadın olduğu halde ölüm oranlarındaki azalmaları kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuş, HIV ile yaşayan daha fazla erkek öldüğü tespit edilmiştir. 2017 yılında Sahra-Altı Afrika'daki AIDS ile ilgili hastalıktan tahmini 300 000 erkek, 270 000 kadın hayatını kaybetmiştir. Bu durum kadınlar arasında daha yüksek tedavi kapsamını yansıtmakta olup, 2017 yılında Doğu ve Güney Afrika'da HIV ile yaşayan erkeklerin tahmini %75'inin (15 yaş ve üzeri) aynı yaştaki HIV ile yaşayan kadınların %83'üne kıyasla HIV statülerini bildiği tahmin edilmektedir. Salgınların büyük çoğunluğunun ağırlıklı olarak erkeklerin çoğunluk olarak yer aldığı dünyanın diğer bölgelerinde (uyuşturucu ve eşcinsel erkekleri ve erkeklerle seks yapan diğer erkekleri enjekte eden insanlar gibi), HIV hastalığının yükü erkekler arasında daha yüksek olduğu bilinmektedir. Erkeklerde düşük tedavi kapsamı bu bölgelerdeki AIDS ile ilişkili ölümlerde cinsiyet eşitsizliğini arttırmaktadır. Sahra altı Afrika dışında, AIDS'e bağlı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %69'u erkekler ve erkekler arasında olduğu anlaşılmaktadır (Unaid, 2018).

T.C. Halk Sağlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı'nın 1 Kasım 2018 tarihinde doğrulanan ve yayınlanan verilere göre Türkiye'de 18.557 HIV ile yaşayan kişi bulunmakta olduğu bu olguların %74'ünün erkek, %20,4'ünün kadın ve %15,3'ünün yabancı kökenli kişiler tarafından oluşturulduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından incelenen verilere göre son 10 yılda yüzde 450 artış gösteren tek ülkenin Türkiye olduğu açıklanmıştır (Akgül ve ark. 2008; Özkaya, 2006; Şenöz ve Pehlivanoğlu,

2017; Savaş, 2015). Türkiye fazla göç alan ve göç yolları için köprü görevi gören bir coğrafi konumda olması sebebi ile birçok popülasyon hareketliliğine maruz kalmıştır. Artan nüfus yoğunluğu yeni virüslerle tanışmasını kolaylaştırmıştır. Türkiye’de HIV ile enfekte yaş aralığının sıklıkla 25-34 olarak belirtilmiştir.

Tablo 2.1: Türkiye AIDS Vakalarının Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı

YAŞ GRUBU	ERKEK	KADIN	TOPLAM VAKA
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>3</u>
<u>1-4</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>9</u>
<u>5-9</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>11</u>
<u>10-14</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>6</u>
<u>15-19</u>	<u>10</u>	<u>3</u>	<u>13</u>
<u>20-24</u>	<u>62</u>	<u>16</u>	<u>78</u>
<u>25-29</u>	<u>149</u>	<u>27</u>	<u>176</u>
<u>30-34</u>	<u>232</u>	<u>55</u>	<u>287</u>
<u>35-39</u>	<u>233</u>	<u>53</u>	<u>286</u>
<u>40-44</u>	<u>198</u>	<u>28</u>	<u>226</u>
<u>45-49</u>	<u>179</u>	<u>29</u>	<u>208</u>
<u>50-54</u>	<u>144</u>	<u>26</u>	<u>170</u>
<u>55-59</u>	<u>106</u>	<u>21</u>	<u>127</u>
<u>60-64</u>	<u>54</u>	<u>16</u>	<u>70</u>
<u>65 ve üstü</u>	<u>71</u>	<u>10</u>	<u>81</u>
<u>Yaşı Bilinmeyen</u>	<u>30</u>	<u>5</u>	<u>35</u>
<u>TOPLAM</u>	<u>1481</u>	<u>305</u>	<u>1786</u>

Kaynak: hsgm.saglik.gov.tr (2019). HIV-AIDS 1985-2018 Türkiye İstatistiği. Erişim Tarihi: Temmuz 2019 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/h%C4%B1v-aids-istatistik.html>

1.1.2 Bulaş Yolları

T.C. Halk Sağlığı Merkezinin virüse yönelik yaptığı çalışmalarda; virüsün yüksek miktarda virüsle enfekte kişilerin kanında bulunduğu, bulaş yollarının; HIV(+) kişi ile

korunmasız gerçekleşen oral, anal, vajinal cinsel temas, birlikte kullanılan ve sterilizasyonu sağlanmamış enjektör ve cerrahi malzemelerle, virüsle enfekte kan ve kan ürünlerinin yanı sıra anneden bebeğe, gebelik, doğum, emzirme dönemlerinde geçtiği saptanmıştır. Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) en önemli bulaş yolunun korunmasız cinsel temas olduğunu belirtmektedir. HIV'nin bir kişiden diğerine yalnızca belirli vücut sıvıları aracılığıyla; kan, semen, seminal ön sıvılar, rektal sıvılar, vajinal sıvılar ve anne sütü ile bulaşmakta olduğunun altı çizilmektedir. Bulaş, bu sıvıların, bir mukoza zarı veya hasarlı doku ile temas etmesi veya doğrudan kan dolaşımına (iğne veya şırıngadan) enjekte edilmesi ile gerçekleşmektedir. Rektum, vajina, penis ve ağız içinde mukoza zarları bulunmaktadır (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>, Erişim Tarihi: Ağustos 2019).

Tablo 1.2: Türkiye'de HIV(+) Kişilerin ve AIDS Vakalarının Olası Bulaş Yollarına Göre Dağılımı

OLASI BULAŞ YOLU	TOPLAM VAKA	YÜZDE
Heteroseksüel cinsel ilişki	7639	37,74
Homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki	3187	14,49
Damar içi madde bağımlılığı	276	1,26
Anneden bebeğe geçiş	175	0,80
Nazokomiyal Bulaşma	79	0,36
Çoklu bulaş	221	1,01
Enfekte kan transfüzyonu	105	0,48
Bilinmeyen	10725	48,78
TOPLAM	21988	100

Kaynak: hsgm.saglik.gov.tr (2019). HIV-AIDS 1985-2018 Türkiye İstatistiği. Erişim Tarihi: Temmuz 2019 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/h%C4%B1v-aids-istatistik.html>

Virüsün seyrine bakıldığında en önemli bulaş yolunun cinsel temas olduğunun altı çizilmekte olup, T.C. Halk Sağlığı Merkezinin 1985 – 2018 yılları arasında kayıtlı tuttuğu verileri incelediğimizde, %34,93 heteroseksüel cinsel ilişki ile %14,43

homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki ile %1,27 damar içi madde bağımlılığı ile, anneden bebeğe geçiş %0,79 ile seyrederken, virüsle enfekte kan ve kan ürünleri bu rakamların altında kalmaktadır. %48,56 oranında bilinmeyen sebeplerle virüsün enfekte olduğu vakalar bulunmaktadır.

Global olarak HIV enfekte kişilerle korunmasız cinsel temas, virüsün bulaşı açısından yüksek oranlara sahiptir. Türkiye’de sağlıklı cinsellik üzerine yeterli bilgilendirme olmaması, ilgili konuların konuşulmasının kültürel olarak tabu sayılması, etkili korunma yolları bilinmemesi sebebi ile genel popülasyonun büyük bir kısmı risk altındadır. Korunmasız gerçekleşen oral, anal, vajinal cinsel temas, erkeklerde meni ile kadınlarda cinsel salgılar, bulaşı mümkün kılmaktadır. Virüsün yüksek miktarda kanda olması sebebi ile kan ve kişilerin cinsel salgıları ile etkileşimine sebep olabilecek tüm cinsel faaliyetlerde bulaşma riskinin bulunduğu bilinmekte olup, tek bir cinsel temas ile bulaşın gerçekleşebileceği, cinsel etkileşim arttıkça bulaş riskinin artabileceğinin altı çizilmektedir. Kişilerde daha önce var olan diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların yol açtıkları doku hasarı sebebi ile sifiliz, hepatit B, klamidy, gonore, trichomoniasis HIV’in bulaşının daha mümkün bir hale geldiğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Bu sebeple Cinsel yolla bulaşan tanı ve tedavisi korunma sürecinde etkili bir rol oynamaktadır (Tümer, 2016; Akın, 2006; Savaş,2016). Literatürde ilk olarak homoseksüel cinsel temas ile rastlanan bulaşın, günümüzde heteroseksüel cinsel temas ile bulaşma oranlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Virüsle enfekte kişilerden alınan kan ve kan ürünleri ile bulaştığı ancak Türkiye’de 1987 yılından bu yana kan ürünlerinin gerekli testlere tabi tutulduğu, bu sebeple bu yolla bulaşın ilgili tarihten itibaren azaldığı bilinmektedir. HIV’nin diğer bulaş yolu olan anneden bebeğe geçiş ihtimalinin %20-%30 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Virüs ile enfekte annenin gebelik süresi boyunca ilaç kullanması durumunda bulaşın geçişi engellenebilmektedir (Tümer, 2016). WHO (World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü) 2015 yılının Haziran’ında Kübalı bilim insanlarının anneden bebeğe bulaşı önlemeyi gerçekleştiklerini duyurmuşlardır (Akgül, Çalışkan ve Öner, 2018).

Virüsün vücut sıvılarında bulunduğu halde günlük yaşam pratiklerinde, dokunmak, öpüşmek, ortak kullanım alanlarını ve ortak kullanılan mutfak gereçlerini kullanmak, ter, tükürük, gözyaşı, böcek sokmaları gibi durumlarda HIV’nin bulaşının

gerçekleşebileceğine dair herhangi bir bulgu olmadığının altı çizilmektedir (Şengöz ve Pehlivanoglu, 2017).

1.1.3 HIV Tanısı

HIV, bulaşının ilk döneminde kişilerde bir belirti göstermeyebilir ancak bu süreçteki erken teşhis olabilecek riskleri minimize hale getirebilmektedir. HIV ile enfekte olan kişilerde yorgunluk, ateş, kas ağrıları ve grip benzeri özellikler kendini gösterip daha sonra bu belirtiler görünmeyebilir. Bulaşın vücut sıvılarında yoğun olduğu bu süreçte bulaşıcılığın yüksek olduğunun altı çizilmektedir (Babayiğit ve ark.,2004). Enfeksiyonun insan vücuduna bulaşı gerçekleştikten sonra ilk 1 ile 6 hafta arasında akut dönemde HIV' e özgü bir klinik tablo olmayıp değişken olduğu belirtilmektedir. Bu süreçte, ateş, lenfadenopati, faranjit, deri döküntüleri, kas veya eklem ağrısı, ishal, baş ağrısı, bulantı ve kusma, karaciğer ve dalak büyümesinin görülebileceği belirtilmekte olup bu klinik tablonun 2 ile 4 hafta içerisinde ortadan kalkabileceği ancak bu süreçte virüsün bulaşıcı olduğunun altı çizilmektedir. HIV ile enfekte olmuş olgularda 6 ile 12 hafta içerisinde antikorların geliştiği, 5 ile 8 yıl içerisinde semptomatik klinik tablonun ortaya çıktığı bilinmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Erişim: Temmuz 2019). Virüsün bağışıklık sistemi hastalığı olması sebebi ile virüs ile enfekte olan bireylerin vücutlarında enfeksiyonları önleme ile ilgili olan CD4(+)T lenfositleri imha etmesi sebebi ile bağışıklık sisteminin işleyişini bozduğu bilinmektedir. Bu sebeple virüsün vücuttaki tespiti için CD4 sayımı ve viral yük testleri yapılmaktadır. Virüsün tespitini 1989'dan bu yana bağışıklık sistemi testleri ile belirlenmekte olup; 4 Nesil ELİSA testi, Western Blot ve Nükleik asit testleri kullanılmaktadır. İlgili testlerle olguların %60-%65 dört hafta, %80'ni altı hafta, %90'nı sekiz hafta, %95'inde on iki hafta sonra belirlenebilmektedir. Her geçen gün gelişen teknoloji sistemleri ile kolay, uygun maliyetli, güvenilir, hızlı testler geliştirilmekte, ilgili testlerin 15 ile 30 dakika arasında ortalama pozitifleşme süreçleri göstermekte, erken tanı sistem ve stratejilerinin uygulanması konusunda etkili oldukları söylenmektedir (Aslan ve Altındış, 2017).

1.1.4 Tedavi Süreci

HIV İlgili testlerin geliştirilmesi, erken tanı ve takip çalışmaları ve ART ile bugün HIV kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. HIV' bir retrovirüs olduğu için, tedavi için kullanılan ilaçlar Antiretroviraller olarak tanımlanmakta ve ilgili ilaçlarla uygulanan tedaviye Antiretroviral tedavi (ART) denmektedir. Gebelik ve doğum sürecinde ART kullanımı anneden bebeğe geçişi önlemede etkili bir yoldur. ART uygulamaları ile bulaşın diğer riskli süreçlerde de etkili olduğu bilinmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, HIV ile mücadelede birçok etkili yöntemin var olduğunu göstermektedir; bilinen korunma yöntemlerine ek olarak maruziyet öncesi ve sonrası tedaviler ile bulaşların %90'a kadar engellendiğinin üzerinde durulmaktadır (Aslan ve Altındış, 2017). ART uygulamaları ile virüsün replikasyonu engellenebilir ve viral yükün düşürülmesi sağlanabilir, sonrasında düşük CD4 sayıları artmaktadır. ART uygulamaları ile enfekte kişilerin viral yüklerinin tespit edilemez seviyelere kadar gerilediği ve tedavi sürecine ne kadar erken başlanırsa o kadar etkili bir sürecin olacağı, tam tersi ilaç tedavisine ara verildiğinde ya da tedaviye direnç gösterildiğinde; sürecin tersi yönüne işlemesinin söz konusu olduğundan bahsedilmemektedir (HIV/i-base, 2018). Tedavi sürecini sekteye uğratan bir diğer belirleyicinin sosyal damgalama olduğu belirtilmektedir.

Hastalığın tarihsel sürecine bakıldığında, hastalığın tanımının yapıldığı dönemlerde eşcinsel erkekler arasında yaygın olması sebebi ile eşcinsel hastalığı olarak algılanmış ve bunun Tanrı'nın cezası olduğu düşünülmüştür. Günümüzde halen global sosyal damgalama ile mücadele eden çok sayıda HIV(+) bireyler olduğu bilinmekte, bu durumun bilgi ve bilinçlendirme yetersizliği ile ilişkili olduğunun altı çizilmektedir. Damgalamaya en çok maruz kalanların hassas gruplar olduğu belirtilmektedir. Gökengin ve arkadaşlarının 2016 yılında HIV(+) 21 kadın, 4 trans birey (erkekten kadına) ve 75 erkek ile yürüttükleri bir çalışmada olguların %23'ünün damgalamaya maruz kaldığı %30'unun hak ihlalleri yaşadığı, bu hak ihlallerinin temel hak ihlalleri olduğunun altını çizmişlerdir. Bu sürecin HIV (+) bireylerin tedaviye erişim, hastalık süreci hakkında bilgi edinme, danışmanlık gibi süreçleri sekteye uğrattığı bilinmekte olup, bilinçlendirme çalışmalarının artması gerektiği, çünkü sorunun bireysel değil sosyal olarak inşa edilen bir sorun olduğu düşünülmektedir (Adak, 2010).

1.2 Travma

Çağlar boyunca bilim ve sanatın dalının ilgisini çeken bir diğer trajedi de ‘travma’ kavramı olmuştur. Travma sözcüğünün kökeni Eski Yunanca’ya dayanır ve derinin bütünlüğünün bozulduğu her tür yaralanma anlamına gelmektedir. Tarih çizelgesinde travma kavramı farklı biçimlerde isimlendirilmiş, travmatik olaylara verilen bireysel tepkiler ile tanımlanmıştır ve bu tanımlar arasında bir tutarlılık olduğu dikkat çekmiştir. 19yy’da psikopatolojiye bilimsel yaklaşımlar ortaya çıktığında travma kavramının kullanım alanının fiziksel travma haricinde kısıtlı olduğu görülmektedir (Herman, 2017). Sinir sistemindeki lezyonlar, organik patojenlerin sinir bozukluklarının ana kaynağı olduğu belirtilmiştir. Bu tanımlar savaş zamanlarında karşımıza çıkmış biyolojik mekanizmaların işleyişlerine atfedilmiş tanımlardır. 18. yy. ve öncesinde dışardan bir etkenle travmaya uğrayan bireylerin bu sorunla başa çıkmaları bekleniyor, başa çıkamadıkları durumlarda kişilerin mental bir hastalığa sahip oldukları veya hastalığa zaten yatkın oldukları düşünülmüştür.

Hyam, Wignell ve Roswell’e göre (1996) somatik psikolojik sendromların bazı tanımları; Sivil Savaşta, Da Costa Sendromu; I. Dünya Savaşında, savaş bunalımı; II. Dünya Savaşında, Efor Sendromu olarak tanımlanmıştır. Bu reaksiyonların organik nedenlere atfedilmesinin bir takım sosyo-politik içerikleri olduğu varsayılmaktadır. Kreapelin (1896) beynin patolojisinin ruhsal bozukluklara sebep olacağını söylemiş, travma sonrası stres reaksiyonları Kreapelin’in tanımlaması dışına çıkamamıştır. 1800’lerde bu tarz zihinsel bozuklukları tanımlamak için Schreckneuroses tanısını geliştirmiş; şiddetli duygusal çarpıklıkların veya ani korkuların nörolojik sorunlardan kaynaklandığını düşünülmüştür. Schreckneuroses semptomlarının ciddi kazalardan, yaralanmalardan özellikle yangın gibi felaketlerden sonra görüldüğünün altını çizilmiştir. Organik sebeplere dayandırılan açıklamalar reddedilmiş ve travma sonrası reaksiyonları anlamak için yeni psikolojik etiolojiler önerilmeye başlanmıştır. Travma kavramının psikoloji literatüründe 1870 yılında Fransa ve Prusya savaşı sonrasında kullanılmaya başlanmış, travmatik olayların fiziksel zarar dışında da sorunlara yol açabileceği fikri oluşmuştur (Horowitz, 1999).

19. yy. sonlarına doğru travma kavramı tekrar psikolojik etioloji üzerinden incelenmeye histeri çalışmaları ile Fransa'da Jean-Martin Charcot tarafından her türlü şiddet ve istismarı yaşamış Salpetriere'e sığınmış genç kadın üzerinde yapılmaya başlanmıştır. Jean-Martin Charcot büyük nevroz denilen tanıma alternatif bir bakış açısı geliştirerek histerik semptomların psikolojik mekanizmalarını tanımlamaya çalışmış ve Salpetriere'e dünyanın dört bir yanından onun çalışmamalarını izlemeye gelen bilim insanlarının dikkatlerini çekmiştir. Charcot başlattığı histeri çalışmaları daha sonra Pierre Janet ve Joseph Breuer ile Sigmund Freud tarafından geliştirilmiştir. 1890'larda Janet ve Freud birbirlerinden bağımsız çalışmalarına rağmen birbirlerine yakın formülasyonlar geliştirmiş, kadınlar görülen histeri semptomlarını, dayanılmaz azı veren yaşam olaylarının değiştirilmiş temsilleri olduğunun altını çizmişlerdir (Herman,2017).

Freud histeri semptomlarının psişenin sınırlarını zorlayan olayların reaksiyonlarının çözülme, bastırma, inkârı içeren ilkel savunma mekanizmaları olduğunu savunmuş bu süreci ikili bilinç olarak adlandırmıştır. İlk çalışmalarında histerinin, çocukluk döneminde yaşanan bir ya da birden cinsel sömürüye maruz kalması sonucunda olduğu sonucuna varmış ve yaşanan bu dehşet ile başa çıkamayan kadınların histeri semptomları geliştirdiğine kanaat getirmiştir. Çalışmaları yayınlandığı dönemde Paris ve Viyana'nın saygın aileleri ile de çalışan Freud, çocuğun cinsel sömürüsünün saygın aileleri arasında sık rastlanan bir olgu olduğuna işaret etmekteydi. Freud'un keşfi histeri araştırmasını destekleyen siyasi ve sosyal zeminin yokluğunda kabul görmemiş ve Freud sonrasında bu anıların çarpıtılmış anılar veya fanteziler olduğunu ileri süren bir makale yayınlamış ve bir süre travma çalışmalarına ara verilmiştir (Herman, 2017).

Travma kavramının tekrar gündeme gelmesi I. Dünya Savaşı ile olmuş, savaştan dönen erkelerin histeriye çok benzer semptomlar sergilemeleri gündeme gelmiş; bomba şoku olarak adlandırılmış ancak yine de fiziksel travma ile ilişkilendirilmiştir. Bu semptomların psikolojik etiolojilerini inceleyenlerden biri Abraham Kardiner olmuştur. 1941'de I. Dünya savaşı gazilerini tedavi eden psikanalist Abraham Kardiner psikolojik ve organik kavramını bir araya getirip travmatik nevroz tanısı önerilmiştir. Kardiner, yoğun terör ve çaresizlik karşısında, düzenlenmiş, koordine edilmiş amaçlı eylemlere ait bütün aygıtların parçalanacağını altını çizmiş ve algıların hatalı olabileceğini, duyu organlarının işlevlerini yerine getiremeyeceğini, otonom sinir sisteminin işlevlerinin

organizmanın geri kalanından kopabileceğinin altını çizmiş ve bugünkü tanımlanan psikolojik travma kavramının çerçevesini belirlemiştir (Horowitz,1999).

II. Dünya Savaşı'nın tarih sahnesinde yerini alması ile birlikte J.W. Appel ve G.W. Bebe yaşanan dehşet verici olayların insanlar üzerinde olumsuz etkiler bırakabileceğine, savaşın en dayanıklı askerlerin bile ciddi yaralar alabileceğine gözlemlemişlerdir. Amerikalı ruh sağlığı uzmanları kişileri korunmalarını ve çabucak iyileşmelerini sağlayacak yöntemler geliştirmeyi amaçlamışlardır (Herman, 2017).

Vietnam savaşı sonrasında kadar tartışmalı travma kavramı ruh sağlığı literatüründe yerini 1980'de yerini bulmuştur. Travma kavramı psikoloji literatüründe daha önceki süreçlerde, erk eylemi olan savaş ve doğal afetler üzerinden sınırlandırılmış, DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)'de gündelik yaşam içinde karşılaşılmayan olay tanımı ile görece kapsamı arttırılmıştır. İnsanlığın var oluşundan beri kadınların ve çocukların yaşadığı ve ciddiye alınmadıkları terörize eylemlerin bu başlık altında konuşulabilmesi uzun mücadeleler ve uğraşlar gerektirmiştir (Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2016). Kadınların ve çocukların yaşadığı dehşetin unutturulmaya çalışılmasının son bulması Russel'in (1984) rasgele seçim yöntemi ile 900 kadın ile yaptığı çalışmada; her üç kadından birinin çocukluk döneminde istismara maruz kaldığını göstermiştir. İkinci dalga Feminizm'in etkisi ile kadınları seslerini duyurabilmesi ile cinsel şiddet, fiziksel şiddet, ihmal ve istismar maruz kalmış kadınlarda görünen histeri semptomlarının, savaş mağduru erkeklerde gözlemlenen savaş nevrozları semptomların örüntülerinin aynı olduğuna dikkat çekmişlerdir.

Freud (1920g,1926d(1925)) travma sözcüğünü, zihnin de olaylar tarafından nasıl delinebileceği ve nasıl yaralanabileceğini vurgulamak üzere mecazi olarak kullanmış ve zihnin bir tür cilt veya koruyucu bir zırhla zarflanmış olduğu şeklindeki tanıma görsel bir güç katmıştır. Freud travmayı aşırı uyarılmaya karşı koruyucu bariyerleri aşan, kişiliğin bütünlüğünü kökten tehdit eden bir dışsal uyaran fazlalığı olarak ele almıştır (Aktaran, 2012; Kogan, 2012). Travmatik olay, kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden, gelişim sürecinde geliştirdiği kendilik (self) bileşenlerini bozan, bireyin başa çıkma kapasitesi aşan veya zorlayan olaylar olarak tanımlanmıştır. Kişilerin travmatik olaya doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalabileceğinden bahsedilmiştir. Bununla beraber travmatik

olayları; insan elinden kasıtlı olarak çıkan olaylar, doğal afetler/olaylar, kazalar olarak ve bireysel, toplumsal veya süregelen olarak sınıflandırılmıştır (Aker, 2012).

J. Herman'ın (2007) da dediği gibi *“kuvvet doğanındaki olduğunda, afetten, kuvvet başka bir insanın ki olduğundaysa, vahşetten söz edilir”*. Travmanın üç alanda kırılmaya neden olduğu belirtilmektedir; bu üç alan geçmiş ve gelecek, ben ve diğerleri, zihin ve beden olarak tanımlanır.

1.2.1 Çocukluk çağı travmaları

Antik çağlardan bu yana çocuk imgesi içinde yaşadığı toplumun sosyo-kültürel bağlam içinde değişiklik göstermektedir. Antik Yunan, Babil ve Roma'da eğitilmesi ve topluma entegre edilmesi gereken bir yurttaş konumunda bir imgelemi varken, Orta Çağ'da mülkiyet konumuna yerleştirilmiştir. Bu dönemi takip eden süreçlerde, kimi zaman bir günah sembolü, kim zaman iş gücünden faydalanılabilecek bir işçi, kimi zaman bir ehlileştirilip topluma entegre edilmesi gereken bir vahşi olarak tanımlanmış, bu imgenin değişmesi çocuğun sağlıklı ve mutlu bir imgelem içerisinde yer alabilmesi, zorlu mücadeleler gerektirmiştir (Elkind, 1999). 16.yy'da başlayan, II. Dünya Savaşı ile duyarlılığın arttığı, bilim ve teknolojik gelişmelerin yaşanması ile çocuk imgelemi somut bir değişim süreci geçirmiş, 20.yy'da Çocuk Haklarının kabulü ile görece evrensel bir çocuk imgelemi kurgulanmaya çalışılmıştır. Günümüzde ideal olarak çocuk bir spektrum (fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel koşullar, bireysel gelişim özellikleri) içinde tanımlanmakta olup, bu tanımla çocuğun esenliğini ön plana çıkarmak ve haklarını koruyan bir bakış açısından bakılması gerektiği vurgulanmaktadır (Sağlam ve Aral, 2016).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde birinci maddesi ile çocuk *‘daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.’* şeklinde tanımlanmaktadır (Unicef, 2004). Kültürel bağlamda Türk Dil Kurumu çocuk kavramını insan yavrusu olarak tanımlamaktadır.

Çocukluk çağı ihmal ve istismarının sistematik biçimde kavramsallaştırılıp bir sorun olarak ele alınmasının ikinci dünya savaşı sonrasında, son yüzyılda gerçekleştirdiği

görülmektedir. Yaşar ve Akduman'ın (2007) aktardığı üzere tıp literatüründeki kavramsallaştırmanın, ilk olarak 1860 yılında Tardieu'nün cinsel ve fiziksel istismarı ele aldığı, daha sonra 1946 yılında Röntgen uzmanı olan Caffey'in düştüğü söylenen çocukların kemiklerinde düşme ile açıklanamayacak kırıkları saptaması ile tekrar gündeme geldiği, Kempe'nin 1962 yılında hırpalanmış çocuk sendromu tanımlaması ile önem ve hassasiyetin arttığı bilinmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine dair ilk derinlemesine incelemelerin Kempe ve Helfer (1972) tarafından yapılmış olduğu ve çocuğa ilk bakım veren kişilerin kaza dışı zarar veren eylem ve eylemsizlikler olarak tanımladıkları dikkat çekmektedir. Birleşmiş Milletler tarafından 1989'da temelleri atılmış olan 1990 yılında içinde Türkiye'nin de bulunduğu 140 ülke tarafından imzalanan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin çocuk istismarını bir suç olarak kabul edilmesi, ilgili literatürün derinleşmesinde etkili olmuştur. Türkiye Çocuk Hakları Sözleşmesini 1995 yılında uygulamaya başlanmıştır (UNICEF, 1995).

İnsan vücudunun fiziksel gelişimi anne rahminde başlayıp, yetişkinliğe kadar devam etmektedir. Tüm memeliler arasında birinin bakımına tamamen muhtaç olarak dünyaya gelen tek canlı insandır. Bebeğin anne rahminden (uterus) başlayarak 2 yaşına dek olan süreç; bireyin gelişimin en hızlı ve en yoğun olduğu dönem olarak bilinmektedir. Bu süreç içerisinde bebeğin sadece fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak, bebeğin sağlıklı gelişimi açısından yeterli değildir. Bebeğin doğumdan itibaren bakımını üstlenen kişiler ile kurduğu ilişkilerin ileride onun duygu, düşünce ve davranışlarında belirleyici rol oynayacağını belirtilmektedir. Bebek ile kurulan sağlıklı ilişki, bebeğin gelişimi ve psikolojik sağlamlık ve sağlamlılık açısından dikkat çekecek kadar önemli olduğunun üzerinde durulmaktadır. Doğumdan dört yaşına kadar beynin %90 'ı oluşur. Bu dönemin sağlıklı bir şekilde tamamlanması, çocuğun hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlığı açısından önemli olduğu dikkat çekmektedir (Perry, 2012).

Çocuklar bilinenin aksine ihmal, istismar ve şiddet olayları karşısında esnek değillerdir. Olumsuz çocukluk çağı yaşam deneyimlerinin; kişilerin gelişimsel seyrinde değişikliklere yol açtığı ve bu durumunu erken çocuklukta beynin olası hasarlara karşı oldukça duyarlı olmasından kaynaklı olduğu bilinmektedir. Olası hasarların çocuğun hafıza, sosyal gelişim, nöroloji ve fizyolojisinde birtakım değişikliklere yol açtığı üzerinde durulmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2016) olumsuz çocukluk çağı deneyimlerini, 18 yaşın altındaki çocukların deneyimlediği, çocuğun hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna bir ilişki bağlamında gerçek veya potansiyel zarar veren her türlü fiziksel ve / veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ve ticari sömürü veya diğer istismarları olarak tanımlamıştır. Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri evrensel bir sorundur ve tüm sosyo-ekonomik seviyelerde meydana geldiği bilinmektedir. Dünya geneline bakıldığında dört yetişkinden birinin çocukluk döneminde fiziksel olarak kötüye kullanıldığı tahmin edilmektedir (World Health Organization, Erişim: Ağustos 2019).

DSM-5'te (Diognastic and Statistical Manual of Mental Disorders) travmatik yaşam deneyimi ölçütü; olaya doğrudan veya dolaylı tanık olarak ölüm, ağır yaralanma, cinsel şiddet, beden bütünlüğüne yönelik tehdit, yakın birinin travmatik yaşam deneyimini öğrenme, toplumsal olaylar ve doğal felaketler ile ortaya çıkmakta ve insan elinden kasıtlı olarak çıkan olaylar, doğal afetler/olaylar, kazalar olarak ve bireysel, toplumsal veya süregelen olarak sınıflandırılmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2016). Bir olayın travmatik olması için mevcut tanıma uymak zorunda olup olmadığı alanda tartışma konusu olmuş; kişinin içsel kaynaklarının kısa süre için de olsa baş etmekte yetersiz kaldığı ve uzun süreli psikolojik belirtiler (symptoms) üreten aşırı ölçüde üzücü bir olayın travmatik olduğu yönünde olduğunun altı çizilmektedir (Briere ve Scott, 2006).

Amerika Birleşik Devlet'lerinde (ABD) her yıl bir milyona yakın çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı ve bu sebeple her yıl bir buçuk milyon çocuk ölümü gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerinin sıklıkla bebeklik ve erken çocukluk döneminde gerçekleştiği, bu deneyimlerin; beyin gelişimini olumsuz etkilediği, nöroendokrin sisteme hasar verdiği, hücre kaybına sebep olduğu, hipokampus ve prefrontal korteks beynin önemli alanlarında sinir kılıflanmasında (miyelinizasyon) gecikmeye yol açtığını göstermektedir. Çocukların maruz kaldığı kötü muamelelerin; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, ekonomik istismar, ihmal ve ritüel istismarı olarak birçok farklı tipleri bulunmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2016). Dünya genelinde çocuk bakımının kültürel olarak değişiklik gösterdiği ancak Uluslararası Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Vakfı 58 ülke ile yaptığı bir çalışmada ülkelerin istismar tanımını karşılaştırmış ve ülkelerin benzer istismar tanımlarının olduğunu göstermiştir.

Çocukluk çağı ihmal ve istismarının sıklığına dair istatistiklerin yetersiz olduğu, bu durumun birçok olgunun bildirilmemesi ve kayıt altına alınmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı ihmal ve istismarının görülme sıklığının toplumlar arasında değişkenlik göstermektedir (Runyan ve ark., 2002). DSÖ (1999) ve Uluslararası Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Vakfı çocuğa karşı kötü muameleyi, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal veya psikolojik istismar, ihmal dört ana başlık altında ayırt etmektedir. DSÖ'nün küresel tahminlerine göre her üç kişiden birinin çocukluk çağı travması yaşadığını göstermektedir (Kessler, 2010). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin yaptığı bir araştırmada Amerika'da her beş çocuktan birinin cinsel istismara maruz kaldığı, her dört çocuktan birinin vücudunda iz kalacak şekilde şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (Van Der Kolk, 2018).

1.2.1.1 Fiziksel İstismar

Herman'ın (2017) dikkat çektiği üzere *'kurban zaten değersizleştirilmişse -bir kadın veya bir çocuksa- hayatının en travmatik olayını, sosyal olarak geçerli gerçeklik alanının dışına yerleştirilmiş bulur ve onların deneyimleri dile getirilemez olur'*. DSÖ çocuğun fiziksel istismarını, çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişmesine veya saygınlığına zarar veren fiziksel gücün kasıtlı kullanımı olarak tanımlamaktadır. Ayrıntılı olarak; kazara olmayan, disiplin veya başka amaçlarla, fiziksel güç kullanarak; vurma, yumruklama, tekmeleme, yakma, ısırma, zehirleme gibi veya herhangi bir araç kullanılarak yapılan, çocuğun sağlığını olumsuz etkileyebilecek tüm eylemler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel istismar ve kazaya bağlı yaralanma olgularının birbirinden ayır edilmesinin güç olduğu, fiziksel şiddet olguların daha çok deri, yüzeysel doku, merkezi sinir sistemi, kafa, iç organlar ve iskelette oluşan bulgular ile ortaya çıktığı, en sık görülen lezyonların, ekimoz ve sıyrıklar olduğunun altı çizilmektedir (Polat, 2004).

DSÖ tarafından yapılan global tahminlere göre tüm çocukların fiziksel istismara maruz kalma yaygınlığının %25 ile %50 arasında olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri ile ilgili literatür geçtiğimiz yirmi yılda derinleşmeye başlanmış, yapılan araştırmalarda; fiziksel istismarın yaygınlığı %15 ile

%75 oranları arasında olduğu gösterilmiştir (Irmak, 2005; UNICEF, 2010). Bilir ve arkadaşlarının 1991 yılında 50,473 çocuk ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada Türkiye’de en yaygın istismar türünün %62,6 oranı ile fiziksel istismar olduğunu saptamışlardır.

Sofuoğlu ve arkadaşlarının İzmir, Denizli ve Zonguldak’ta 11, 13 ve 16 yaşlarındaki, örgün eğitime devam eden 7540 çocukla yaptıkları bir çalışmada olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin sıklığını %70,4, fiziksel istismarı %58,1, ihmal sıklığını ise %42,4 olarak tespit etmişlerdir. Koç ve arkadaşlarının 2012 yılında yaşları 1 ile 17 arasında değişen 135 olgu ile yaptıkları araştırmada kız ve erkek çocukların fiziksel istismara eşit şekilde maruz kaldıklarını saptamışlardır. Fiziksel istismarın tüm sosyo-ekonomik seviyelerde görünmekle birlikte belli başlı risk faktörleri olduğu düşünülmektedir. Bunlar yoksulluk, ebeveynlerin madde kullanımı, stres ve ebeveynlerin ruh sağlığı gibi (Kaplan ve Sadock, 2016). UNICEF’in 2014 yılında yaptığı 58 ülke ile yaptığı bir araştırmada; çocukların yaklaşık yüzde 17’si ağır fiziksel cezalara maruz bırakıldığı; Çad, Mısır ve Yemen’de 2-14 yaşlarındaki çocukların yüzde 40’tan fazlası ağır fiziksel cezalara maruz kaldığı bilinmektedir. Dünya genelinde yapılan araştırmalarda her on yetiştikenden üçü fiziksel cezanın disiplin amaçlı uygulanması yani çocuğun iyi yetişmesi açısından gerekli olduğunu düşünmektedir (TUİK, Erişim: Ağustos 2018). Fiziksel istismarın çoğunlukla iktidar kurma üzerinden gerçekleştiği, şiddeti uygulayanların çok büyük bir oranın erkek olduğu, şiddete maruz kalanın genelde çocuklar ve kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Çocuklara anneler tarafından uygulanan fiziksel istismarı %87,4 oranında bulunmuş ve sebeplerini disipline etme, terbiye verme, problem çözme gibi sebepler ilişkilendirdiklerini görmüşlerdir (Bilir ve ark. 2002).

Ebeveynlerin disiplini sağlamak amacı ile kullandıkları şiddetin, sağlıksız ilişkilene modellerine neden olduğu, çocukların, yetişkin yaşamlarında sağlıksız, güvensiz ilişki biçimleri geliştirebilecekleri bilinen sonuçlarındandır. Çocukluklarında çeşitli nedenlerle örselenen kişilerin, şiddetin doğallığını içselleştirdiklerini ve toplumsal düzeni böyle algıladıklarını göstermektedir. Şiddetin çocuklar üzerinde bilinen etkilerinin (sonuçlarının) bazıları; öğrenme problemleri, düşük özgüven, asabiyet, dikkat problemleri, depresyon, içe kapanma, ümitsizlik, artan agresif (öfkeli) davranışlar, kaygı bozuklukları, disosiyasyon, sosyal uyumsuzluk, karşı gelme bozukluğu, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, riskli cinsel davranışlar, kendine zarar verme davranışı,

intihar girişimi, suça eğilim olarak kendini göstermektedir (Karakaya ve Şişmanlar, 2011; Taner ve Gökler, 2004; Örsel ve arkadaşları, 2010, Franzin ve arkadaşları, 2014).

Erken yaşta tecrübe edilen fiziksel istismarın henüz bilişsel ve fizyolojik gelişimini tamamlamamış olan çocuk üzerindeki etkilerinin doğuracağı sonuçlar sebebi ile önemli ve evrensel bir problem olup son on yılda Türkiye’de çocuk istismarının yüzde yedi yüz arttığı dikkat çekmektedir. 2017 yılında Türkiye’de güvenlik birimlerine 335 bin 242 çocuğun getirildiği veya geldiği bu çocukların %46,2’sinin mağdur statüsünde olduğu tespit edilmiştir (TUIK, 2017).

1.2.1.2 Cinsel İstismar

Çocuğun cinsel istismarı birçok boyutu ile ele alınması gereken bir olgudur. Çocuğun cinsel istismarı, fizyolojik ve bilişsel gelişimini tamamlamış bir çocuk ve yetişkinin arasında veya birinin diğerinden yaşça daha büyük olduğu (4 yaş ve daha fazla), birinin diğerine hükmettiği iki çocuk arasında gelişen cinsel davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2016). DSÖ (1999) Çocuk İstismarı Önleme Danışmanlığı tarafından formüle edilen çocuk cinsel istismarı tanımını benimsemiştir. Bu tanıma göre; çocuğun cinsel istismarı, çocuğun tam olarak anlayamadığı, gelişimsel olarak hazırlıklı olmadığı ve rıza göstermediği, toplumun yasalarını, sosyal hakları ve tabularını ihlal eden cinsel aktiviteye katılımıdır. Çocuğun cinsel olarak sömürülmesi, yasa dışı cinsel faaliyetlerde bulunmaya teşvik edilmesi veya zorlanması, fuhuş veya pornografik malzeme olarak kullanılmasını içeren ancak bunlarla sınırlı olmayan eylemlerdir.

Cinsel istismar, tüm yaşlarda ve etnik gruplarda meydana gelen her iki cinsiyetinde maruz kaldığı, penis veya başka bir cisim kullanılarak beden bütünlüğünü ihlal eden tüm eylemlerdir. Çocuk giyinikken veya soyunmuş durumdayken, görsel, dokunsal veya sözel olarak tedirgin etmeyi içerir (Polat, 2004). Çocuk kendine inanılmayacağı, kurbanı olduğu bir eylem için dışlanacağı ve cezalandırılacağını düşünerek utanç ve suçluluk duygusu ile yaşadığı deneyimi gizlemektedir ancak çocuğun bedeninde fiziksel olarak ciddi bir hasar oluşmuşsa cinsel istismar ortaya çıkmaktadır

(Aktepe, 2009). Cinsel istismar birden çok biçimde eylenebilir Aktepe (2009)'nin aktardığı sınıflandırmada, temasın olmadığı cinsel saldırılar, cinsel içerikli konuşma, istismarcının özel bölgelerini teşhir veya mağdurun önünde mastürbasyon yapma, istismarcının alenen veya gizlice mağdurun gözlemlemesidir. Dokunarak cinsel saldırı, istismarcının mağdurun özel bölgelerine dokunarak veya mağdurdan kendisine dokunması ile gerçekleşebilir, oral-genital cinsel saldırı, istismarcının mağdurun özel bölgelerine oral yolla temas etmesi veya çocuğun kendisine oral yolla temas etmesini sağlamasıdır. İnterfemoral ilişki, istismarcının sürtünme yolu ile gerçekleştirdiği cinsel saldırı biçimidir. Penetrasyonun olduğu cinsel saldırılar, istismarcının çocuğun genital bölgesine veya anüsüne penis, parmak veya başka cisimlerle gerçekleştirdiği cinsel eylemlerdir. Cinsel sömürü; çocuk fuhuşu ve pornografisini kapsayan istismar türüdür (Polat, 2001).

Çocukluk çağı cinsel istismarının çoğu zaman saklanması ve bildirilmemesi sebebi ile yaygınlığı konusunda kesin sayılar bilinmemektedir. Cinsel saldırıların yalnızca yüzde on beşi bildirilmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri arasında cinsel şiddete maruz kalma oranlarının %10 ile %40 arasında olduğu bildirilmekte ve mağdurların %53'ünün 14 yaşını doldurmadığı saptanmıştır (Aysev ve Taner, 2007). Pereda ve arkadaşları 2009 yılında çocuğa yönelik cinsel istismar konusunda 21 ülkede yapılmış, 39 çalışmayı incelemiş; kız çocuklarını yönelik cinsel istismar %10-20, erkeklerde ise %10 oranlarında olduğunu saptamışlardır. Çocuk çağı cinsel istismarının kız çocuklarında, erkek çocuklara oranla 3-4 kat daha fazla görüldüğü tahmin edilmekte olup, bu durumun sosyo- politik sebepleri olduğu düşünülmektedir. UNICEF'in (2015) küresel verilerine göre dünyada 700 milyondan fazla çocuk gelin olduğu ve her sene yetmiş bin kız çocuğunun gebe kaldığı tahmin edilmektedir. Şiddeti Önleme Derneği'nin 2016 yılında yayınladığı çocuk istismarına yönelik raporunda, dünyada çocuklarda uygulanan şiddet ve tacizin %90 oranında arttığı, penetrasyon içeren cinsel şiddet eylemlerinin yalnızca %5'nin bildirildiği altı çizilmektedir. DSÖ ve Ankara Üniversitesi'nin (2016) hazırladığı, Üniversite öğrencileri ile yapılan çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri araştırmasında; erkek öğrencilerin %8,7'sinin, kadın öğrencilerin %7,2'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. 2018'de yayımlanan Türkiye'de Çocuk İstismarı Raporu'na göre 2011 ve 2016 yılları arasında

21.068 vakanın ÇİM'lere (Çocuk İzleme Merkezi) başvuru yaptığı, olguların %85'inin kız çocuğu, %15'inin erkek olduğu, 2014 yılından 2016 yılında kadar cinsel istismara maruz kalan çocukların oranının %33 arttığının altı çizilmiştir. En sık istismara maruz kalınan yaş aralığının 8-12 olduğu düşünülmektedir. Yapılan güncel araştırmalara göre her üç kız çocuktan birinin ve her on erkek çocuktan birinin gelişim sürecinin tamamlamadan cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (Smith ve Bentovim, 1999). Cinsel istismar olgularının %95'inin gizli kaldığı düşünüldüğünde bu oranların gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir. İngiltere'de yapılan bir araştırmada; cinsel istismarına maruz kalan çocukların tekrar istismara maruz kalma ihtimalini %14 olarak saptamıştır (Baker ve Duncan, 1985).

Cinsel istismarın çocuk üzerinde klinik etkileri istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, istismarcı ile olan ilişkiye, sosyal destek sistemlerine, çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişim basamağına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Alpaslan, 2014; Aktepe, 2009). Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerinin özellikle cinsel istismarın bireylerin gelişiminde yıkıcı etkilere sahip olduğu, yaşam boyu psikiyatrik bozukluklarla güçlü bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (MacMillan ve ark., 2001; Örsel ve ark., 2011). Çocukluk çağı cinsel istismarının bireyler üzerindeki olası etkilerini kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, dikkat eksikliği, enürezis, enkoprezis, hiperaktivite bozukluğu, dissosiasyon, depresyon, kendine zarar verme davranışı, intihar düşünceleri, dürtü kontrol problemi, karşı gelme bozukluğu, ilişki problemleri, TSSB, sınırda kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanımı, suça yönelme, çoklu kişilik bozuklukları, sosyal izolasyon, yeme bozuklukları, birinci eksen bozukluklarının görülme ihtimalinin %60'ın üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Örsel ve ark., 2011; Taner ve Gökler, 2004; Zoroğlu ve ark., 2001; Alpaslan, 2014; Aktepe, 2009; Putnam, 2003; Ovayolu ve ark., 2007; MacMillan ve ark.; 2001; Molnar ve ark., 2001).

Cinsel istismarın olası diğer bir sonucu yüksek riskli cinsel davranışlardır. Putnam (2013) incelediği çok sayıda çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocukların çeşitli karşılaştırma gruplarına göre daha fazla cinsel davranış sergilediklerini tespit etmiştir. Cinsel istismara maruz kalmış bireylerde erken başlayan cinsel yaşam, hamilelik, çok eşlilik, korunmasız cinsel temas, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve tekrar cinsel istismara uğrama olasılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır (Fergusson ve ark., 1997; Taner ve

Gökler, 2004; Aktepe, 2009). Cinsel istismara maruz kalmış bazı çocukların cinsellik üzerinden ilişkilendikleri görülmektedir (Ovayolu ve ark., 2007).

1.2.1.3 Duygusal veya Psikolojik İstismar

Duygusal istismar, çocuğun çevresindeki yetişkinler tarafından çocuğa uygulanan, çocuğun kişiliğini zarar veren; reddetme, tek başına bırakma, tehdit etme, yıldırma, suça yöneltme, duygusal tepki vermeme veya yok sayma, aşağılama, çocuğu kendi çıkarına kullanma, kusurlu olduğunu hissettirme gibi kişinin gelişimini sekteye uğratan davranışların tümüdür (Kaplan ve Sadock, 2016). Günlük yaşam içerisinde en sık karşılaşılan istismar biçimi olduğu ancak tespitinin ve tanımlanmasının en zor istismar biçimi olduğu düşünülmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Yapılan çalışmalarda duygusal ihmalin sık görülen bir istismar türü olduğunu, görülme sıklığının %75-80 olduğunu, fiziksel istismara ve ihmale maruz kalan çocukların %90'ının duygusal istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Runyan ve ark., 2002; Topbaş, 2004; Taner ve Gökler, 2004). Sofuoğlu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada yaşam boyu psikolojik istismar sıklığını %70,4 oranında bulmuşlardır. Şimşek ve Öner'in (2011) algılanan duygusal istismarın her iki cinsiyet açısından farklılık göstermediği saptanmıştır.

Fizyolojik ve bilişsel gelişimlerini henüz tamamlamadıkları bir yaşta istismara maruz kalan bireylerle yapılan çalışmalarda öz kıyım girişi, self mutilatif davranış, yüksek seviyelerde disosiasyon, davranış bozuklukları, dışavurum ve içe atım problemleri, ilişki problemleri, bağımlılık, düşük öz güven gelişimi, izolasyon, öğrenme bozuklukları, dikkat problemleri, erken başlangıçlı cinsel davranışlar, tırnak yeme, parmak emme, dış gıcırdatma gibi geniş bir spektrumda bir çok problem görülebilmektedir (Topbaş, 2004; Tirali, 2013; King ve ark., 2003; Zaroğlu ve ark., 2001; Taner ve Gökler, 2004; Örsel ve ark., 2011; Kılıç ve Özçetin, 2018; Kara ve ark., 2004). Erişkin yaşamlarında depresyon tanısı alan hastalarla yapılan çalışmalarda, olguların büyük çoğunluğunun çocukluk dönemlerinde duygusal istismara maruz kaldıkları saptanmıştır (Christ ve ark., 2019; Chapman ve ark., 2004).

1.2.1.4 İhmal

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerinin en yaygın türü olan ihmal; çocuğun fiziksel, duygusal ve eğitsel ihtiyaçlarının kasıtlı olarak veya bilinçsizce yapılmaması nedeniyle çocuğun gelişimi için gerekli olan bakım ve korumanın sağlanmamasıdır. Çocuğun yeterince gıda alamaması, tehlikelere açık bırakılması, terk etme, evden kovma, çocuğun tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması, eğitim yaşamının ihmal edilmesi gibi eylemlerin tümü çocuk ihmeline örnektir (Kaplan ve Sadock, 2016). İhmalin çocuğun sosyal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal gelişimini etkilediği, özellikle akranlarına göre gelişiminde ve uyum süreçlerinde problem görünen çocuklarda dikkat edilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir (Polat, 2004).

Amerika Birleşik Devletleri'nin 2017 yılında yayınladığı çocuk ihmali raporunda 674,00 olgu kayıt altına alınmış ve bu olgulardan %74,9'unun ihmal ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocukluk çağı ihmal sıklığı %42,4 oranında bulunmuştur (Sofuoğlu ve ark., 2014). Çocuk ihmali diğer istismar türlerine göre daha soyut bir olgu olması sebebi ayırt edilmesi güçtür. İhmal ve istismar birbirinden ihmalin aktif, istismarın pasif olması ile ayrılabilir (Topbaş, 2004). İhmal ve istismar edilmiş çocuklarda benzer psikiyatrik problem görülmekte ve kişilik bozuklukları için ihmalin önemli bir risk etmeni olacağı düşünülmektedir (Taner ve Gökler, 2004; Wright ve ark., 2009). İhmal ve istismarı sonucu gerçekleşen çocuk ölümlerinin %61'inin önüne geçilebileceği belirtilmiştir (Bahar ve ark., 2009).

1.2 Riskli Cinsel Davranışlar

Risk kelimesine ilk olarak antik çağda Homeros'un Odysseia destanında rastlanmış, yüzyıllar boyunca farklı mesleklerde farklı anlamlarda kullanılmış, modernleşme sürecinde bugün ki anlamı ile tanımlanmaya başlanmıştır. Türkçe'ye Fransızcadan geçen risk kelimesinin sözlükte karşılığı, zarara uğrama tehlikesi, riziko anlamını taşımaktadır. Günümüzde akademik dünyada finans, sağlık bilimleri, hukuk,

ekonomi, çevre bilim vb. gibi birçok alanda kullanılmaktadır (Soydemir, 2011). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers of Disease Control-CDC) riskli sağlık davranışlarını, kasıtsız yaralanmalara yol açan davranışlar, şiddete sebep olan davranışlar, alkol, tütün ve diğer uyuşturucu madde kullanımları, insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) dâhil cinsel yolla bulaşan hastalıklara katkıda bulunan ve istenmeyen gebelik ile sonuçlanan cinsel davranışlar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, kısıtlı fiziksel aktivite ve obezite olarak tanımlanmaktadır.

Risk kelimesi sağlık bilimlerinde sağlık açısından hayati tehlike ile açıklanmaktadır. Riskli davranışlar, doğrudan ya da dolaylı olarak kişilerin iyilik hallerini ve hayatlarını etkileyen ve kişisel, sosyal veya gelişimsel olarak istenmeyen sonuçlar doğurabilecek davranışlardır. Bunlar toplumlarda genelde madde kullanımı, şiddet ve güvenli olmayan cinsel temas olarak karşımıza çıkmaktadır. Riskli davranışa yol açan birçok risk etkeni olduğu, aynı risk etkenlerine maruz kalan bireylerin aynı riskli davranışları sergilemediği belirtilmektedir (Alikashiçoğlu, 2008). Risk alma davranışlarının her zaman olumsuz sonuçlara yol açmadığı, kişilerin gelişim süreçlerinde, sosyal ilişkilerin inşasında ve sporda etkili bir süreç olduğu düşünülmektedir. Ergenlerin yüksek riskli davranışları sıklıkla olumsuz sonuçlarla ilişkilenebilir. Yüksek riskli sağlık davranışları hem bireysel hem de toplumsal olarak tehlikeli olması sebebi ile bir halk sağlığı problemidir (Kaplan ve Sadock, 2016).

İnsanoğlu gelişim sürecinde birçok dönemden geçer, gelişim basamaklarının her birinin kendine has sorunları vardır. Özellikle ergenlik ve gençlik dönemi ile özdeşleşmiş olan yüksek riskli davranışların; bu dönemde bireylerin davranışlarının sonucunu ön görememeleri, muhakeme yeteneklerinin henüz oluşmadığı için dürtüsel davranışları, kendilerinin zarar görmeyeceğini düşünmeleri sebebi ile risk almaktan sakınmadıkları düşünülmektedir. Risk alma konusunda duyguların önemli bir etken olduğu, yoğun olarak hissedilen duyguların kişilerin risk alma eğilimlerini arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle dürtü ve duygular aracılığı ile yordanan cinsel davranışların yüksek oranda risk barındırdığı düşünülmektedir (Jensen ve Nutt, 2017). Cinsel davranış, kişilerin cinsel olarak kendileri ve başkaları ile rıza dâhilinde gerçekleştirdikleri eylemlerdir. Cinsel davranışların birden çok biçimleri vardır. Genç nüfusun büyük bir çoğunluğu cinsellik hakkında yeterince bilgi sahibi olmadan cinsel ilişki yaşamakta ve bunun sonucunda da

olumsuz olarak etkilenmektedirler. Cinsellik içinde yaşanan çağdan ve toplumun yapısından ayrı düşünülemez (CETAD, 2007).

Günümüzde insanların evlenmeden önce aktif cinsel yaşamları olduğu, Jensen ve Nutt'ın (2017) aktardığına göre ABD'de lise öğrencilerinin yaklaşık üçte ikisinin mezuniyet öncesi cinsel olarak ilişkilendiklerinin altı çizilmektedir. Üreme sağlığı ve cinsel hakları konusunda yeterince bilgi sahibi olmayan ve henüz bedensel koruma sistemleri tam olarak gelişmemiş olan gençlerde cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık meydana geldiği, her yıl ortalama üç milyon kişinin bu hastalıklardan birine ya da daha fazlasına maruz kaldığı dikkat çekmektedir. CETAD'ın (2007) aktardığı verilere göre Asya'da on sekiz yaş öncesinde kadınların %11'inin, erkeklerin %24-75'inin, Güney Amerika'da on altı yaş öncesinde kadınların %12-44'ünün, erkeklerin %44-66'sının, Sahra Altı Afrika ülkelerinde kadınların 19 yaşına eriştiklerinde %45 ile 52'sinin, erkeklerin 17 yaşına eriştiklerinde %45 ile 73'ünün ilk cinsel ilişkilerini gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Küresel olarak bakıldığında Avrupa ve Amerika'da bu oranların daha yüksek olduğu görülmektedir. Yirmi yaş öncesinde Fransa'da kadınların %67'si, erkeklerin %83'ü, İngiltere'de kadınların %79'u, erkeklerin %85'i, Amerika'da kadınların %71'i, erkeklerin %81'inin cinsel ilişkiyi deneyimledikleri belirtilmektedir. Türkiye'de ilk cinsel temasın 15 ile 19 yaş aralığında gerçekleştiği bilinmektedir (Bulut ve ark., 2002).

Üreme sağlığı 1994 öncesine kadar kadının doğurganlığı üzerinde odaklanmış, aynı yıl Kahire'de gerçekleşen Uluslararası Nüfus Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Population and Develepment) üreme sağlığı ve üreme hakları gündeme getirilmiş; kişilerin tam bir iyilik halinde olması gerekliliği tanımlanmıştır. Ardından Pekin'de 1995 yılında gerçekleşen 4. Dünya Kadın Konferansında konunun üzerinde durulmuş, kişilerin dünyaya getirecekleri çocuk sayısı konusunda özgür bir şekilde sorumluluk bilinci ile karar vermeleri gerektiğini ve bunun içinde ihtiyaç duydukları eğitime ve her türlü desteğe ulaşım haklara sahip olmaları gerektiğinin altı çizilmiştir. Kişilerin cinsel hakları ve üreme haklarının insan hakları olduğu belirtilmiş, Üreme ve Cinsel Sağlık Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır (Üreme Hakları, ICC, 2019).

Güçlü ve arkadaşlarının (2015) üniversite son sınıf öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerin üreme sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları

saptanmıştır. Başka bir çalışmada Şimşek ve arkadaşlarının 2007 yılında Harran Tıp Fakültesi'nde 245 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %14,3'ünün cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmadıkları, %58,9'u kondom kullanımının gerekliliğini belirtirken, %33,6'sının etkili korunma sistemlerini bilmedikleri saptanmıştır. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin 2006 yılında yayınladığı bir çalışmada; kondom kullanımı oranlarını 18-24 yaş aralığında %32,9, 25 -34 yaş aralığında %33,4 olarak belirlemişlerdir.

Riskli cinsel davranışların gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık görüldüğü, küresel olarak son yirmi yılda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı genç nüfusun risk altında olduğunun altı çizilmektedir. 20 ile 24 yaş arasındaki kişilerde en sık rastlanan cinsel yolla bulaşan hastalıkların papillom virüsü (HPV), trikomonas ve klamidyaya olarak belirtilmiştir (Jensen ve Nutt, 2017). HIV enfeksiyonlarının %40'nın 15 ile 24 yaş arasında görüldüğünü ve bunun da iki milyona insana denk geldiğinin altı çizilmektedir (CETAD, 2007). Türkiye' de cinsel temas ile bulaşan enfeksiyonlar hakkında gençlerin bilgi düzeylerin ölçüldüğü çalışmalarda gençlerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi düzeylerin yetersiz olduğu ve bu durumun olası üreme sağlığı sorunları konusunda risk barındırdığı saptanmıştır (Elkin, 2015; Topbaş ve ark., 2003; Çalışkan ve ark., 2015; Yazganoğlu ve ark., 2011).

HIV'nin seyrine bakıldığında en önemli bulaş yolunun cinsel temas olduğunun altı çizilmekte olup, Türkiye'de sağlıklı cinsellik üzerine yeterli bilgilendirme olmaması, ilgili konuların konuşulmasının kültürel olarak tabu sayılması, etkili korunma yolları bilinmemesi sebebi ile genel popülasyonun büyük bir kısmı risk altındadır. HIV/AIDS riskini arttıran cinsel davranışları; anal ilişki, çoklu cinsel temas, tek gecelik cinsel temas, madde kullanımı, alkol kullanımı, güvenli olmayan cinsel ilişki, erken başlayan cinsellik olarak tanımlanmıştır (Kıyıoğlu ve Dönmez, 2017). Cinsel yolla bulaşan hastalıklara, HIV içinde olmak üzere kadınların erkeklere göre daha yatkın olduğu bu durumun vajinanın biyolojik yapısı ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sebebi ile sağlık hizmetlerine erişim ve başvurma konusundaki zorluklar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

1.3.1 Anal İlişki

Anüs ve çevresinin uyarılması ile gerçekleşen cinsel birleşme biçimidir. Oral yolla, erekte olmuş penisle veya parmak, seks oyuncakları ile yapılır. Tarihte anal ilişki tasvirlerine antik çağda sanat eserlerinde rastlanmaktadır. Korunmasız yapılan anal birleşme cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından yüksek risk taşımaktadır. Cinsel yolla bulaşan virüslerin özellikle HIV'nin yoğun miktarda kan içerisinde bulunması sebebi anal ilişki sırasında kılcal damarların zarar görmesi sonucunda penisin anal mukoza ile teması cinsel yolla bulaşan hastalıkların geçişini kolaylaştırmaktadır. Yaygın inanışın aksine heteroseksüel ilişkilerde cinsel doyum ve çeşitlilik için anal ilişki deneyimlenmektedir. Düzenli anal birleşme yaşayan heteroseksüel çiftlerin oranı %10 olup, heteroseksüel erkeklerin üçte birinin anal ilişki deneyimi mevcuttur. Eşcinsel erkeklerde anal ilişkin yaygınlığı üçte iki olarak tahmin edilmektedir (CETAD,2011). Anal ilişkinin yaşam boyu prevalansı tahminleri %6 ile %40 arasında değişmektedir (Baldwin ve Baldwin,2000; McBride ve Fortenberry, 2010).

Hess ve arkadaşlarının (2016) ABD'nin yirmi şehrinde yaptıkları geniş kapsamlı çalışmada heteroseksüel çiftlerin üçte birinin son on iki ayda anal ilişkinin yaşadıklarını saptamışlardır. Türkiye'de prezervatif markası olan Fiesta'nın 20.078 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmada anal ilişkinin kadın ve erkekler arasında oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (Fiesta, 2011). Anal ilişkinin hem heteroseksüel bireyler arasında hem de eşcinsel bireyler arasında bu denli yaygın olmasına karşın prezervatif kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir (Baldwin ve Baldwin, 2000; McBride ve Fortenberry, 2010; Hess ve ark., 2016; Jenness ve arkadaşları,2011). Türkiye'de yine başka bir prezervatif markası olan Durex'in yaptığı bir araştırmada bireylerin %70'inin cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanımının gereksiz bulduklarını tespit etmiştir.

1.3.2 Çoklu Cinsel Temas

Birden fazla cinsel eş ile gerçekleşen ilişki biçimidir. Farklı eşlerle cinsel birliktelik yaşamak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşma riskinde uzun süredir ilişkilendiren bir faktör olduğu bilinmektedir. Bireysel seviyede partner sayısı ve cinsel

yolla bulaşan enfeksiyonlar arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu düşünülmektedir. Bir eş ile yaşanan cinsel temasın, iki eş ile yaşanan cinsel temasta oluşabilecek bulaş riskinin yaklaşık yarısını oluşturduğu ön görülmektedir. Aynı zaman diliminde birden çok cinsel partner ile yaşanan birlikteliklerde, cinsel temaslar arasında geçen sürenin uzatılmasının enfeksiyon olasılığını azaltabileceği tahmin edilmektedir.

HIV ilk bulaşın gerçekleştiği andan itibaren bulaşıcı olup, virüs ile enfekte olmuş kişinin sıvılarında daha yoğun miktarda olacağı, bu durumun da geçişi kolaylaştırabileceği, birkaç hafta sonra, bulaşıcılığının belirgin şekilde düşeceği ve vücutlarındaki HIV miktarı artıncaya ve AIDS belirtileri ortaya çıkmaya başlayana kadar yıllarca düşük kaldığı görülmektedir (Kirby, 2011). Aynı zamanda cinsel partner arasındaki sürenin uzaması kişilerin semptomlarını fark etmelerini mümkün kılmaktadır. Aynı zaman diliminde birden fazla cinsel partner ile cinsel temasın kadınlara kıyasla erkeklerde daha yaygın olduğu ortaya konmuştur (Manhart ve ark., 2002). Durex'in 2005 yılında gerçekleştirdiği küresel bir çalışmada Türklerin, Avustralyalılar (13.3), Yeni Zelandalılar (13.2) ve İzlandalılar (13) ile karşılaştırıldığında daha fazla cinsel partneri olduğunu (14.5) göstermektedir. T.C. Halk Sağlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı'nın verilerine göre son yıllardaki HIV pozitif kişi sayısındaki anlamlı artışın, aynı zaman diliminde birden fazla cinsel partner oranları ile ilişkilendirilebilir (T.C. Halk Sağlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2019).

1.3.3 Tek Gecelik Cinsel Temas

Tek gecelik cinsel ilişki yeni bir fenomen değildir. Evrimsel psikoloji atalarımızın bu tarz ilişkililerin avantajlarından fayda sağladığını belirtmektedir. Literatürde çeşitli tanımları mevcut olup, taahhüt ilişkisi bağlamı dışında ortaya çıkan cinsel ilişki olarak tanımlanmaktadır (Wentland ve ark., 2014). 1960'lı yılların başında tek gecelik cinsel temas, eşcinsel erkekler arasında belirgin bir ilişki biçimi olarak kabul edilmiştir. Altmışlı yıllardan bugüne değin gerçekleşen cinsel devrim ve değişen sosyo- politik yapı kadın ve erkeğin cinselliğe bakış açısında değişikliklere yol açmıştır. Liberalizm ve Feminizm sonrası her iki cinsinde özgürleştiği cinsellik, karşılıklı olarak rızanın ve bulunması ve güvenli bir biçimde gerçekleşmesi halinde, her bireyin dilediği tarzda cinsel ilişkide

bulunma ve bunlara katılma özgürlüğü olduğu varsaymaktadır (Farvid, 2010). Durex'in 2005 yılında gerçekleştirdiği küresel bir çalışmada Dünya çapındaki yetişkinlerin %44'ünde bir gecelik bir cinsel ilişki yaşadığı saptanmış olup aynı çalışmada Türkiye'den çalışmaya katılanların %59'unun tek gecelik cinsel birliktelik yaşadığı belirtilmiştir. Claxton ve Dulmen, 2015 yılında gerçekleştirdiği çalışmada; alkol kullanımı, dürtü sellik gibi bazı kişisel özelliklerin, tek gecelik cinsel temas yaşama eğilimini arttırırken, güçlü manevi değerlerle sahip olmanın bu tarz ilişkilene eğilimini azalttığını saptamışlardır.

1.3.4 Madde Kullanımı

Madde kullanımı ve HIV arasındaki ilk ilişki 1978'de New York'da bildirilmiştir. Damar yoluyla madde kullanımının HIV'nin görülme sıklığını ciddi bir biçimde arttırdığı saptanmıştır. Madde kullanıcılarında cinsel yolla bulaşan hastalıkların özellikle HIV'nin görülme sıklığının yüksek olduğu, HIV+ bireylerde madde kullanımının %20 ile %35 oranında görüldüğü bulunmuştur. Metropollerde yaşayan madde kullanıcıların HIV riskinin %50 -65 oranlarında olduğu, daha küçük kentlerde yaşayan kullanıcılarda HIV görülme riskinin %5 olduğu tespit edilmiştir (Ögel, 2005). NIDA (National Institute on Drug Abuse) 2002 yılında yayımladığı verilere göre Amerika'daki HIV vakaların 1/3 'ünden fazlasının madde kullanımıyla gerçekleştiği, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) aynı yıldaki verilerine göre HIV vakalarının yüzde yirmi beşinin damar içi madde kullanıcısı olduğu saptanmıştır.

T.C. Halk Sağlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı'nın 31 Aralık 2018 tarihinde doğrulanan ve yayınlanan verilere göre 1985 yılından 2018 yılında kadar HIV'nin olası bulaş yolu olarak damar içi madde kullanımı oranı 1.26, 276 kişi olarak bildirilmiştir. Ortak enjektör kullanımı ve madde kullanımı sonrası ortaya çıkan hiperseksüalite sonucu sık cinsel temas, çok eşlilik, kondom kullanım oranlarının düşüklüğü HIV bulaş riskini arttıran davranışlardır. Ögel'in 2005 yılında yayımladığı çalışmada madde kullanımının beden direncini kırdığı ve immün sistem üzerinde baskılayıcı bir etki oluşturduğunu ve bu durumun HIV'nin yerleşmesine kolaylık sağladığını, kokain, morfin ve eroin maddelerinin hücre için HIV'nin büyümesini hızlandırdığını belirtmiştir. Literatürde çok sayıda araştırma madde kullanımı ve riskli cinsel davranışlar (cinsel

temas, sık cinsel temas, birden fazla cinsel partnerle cinsel temas ve istenmeyen gebelik) arasında anlamlı bir ilişki olduğunun altını çizmektedir (Kirby, 2011).

1.3.5 Alkol Kullanımı

Çağımız toplumlarının çoğunda, alkollü içecekler genel popülasyon içinde yaşayan birçok insan için sosyalleşmenin bir parçası haline gelmiştir. Türkiye’de ve dünyanın birçok ülkesinde alkol kullanımı ve satışı 18 yaşını tamamlamış bireyler için legal olup, kullanımı yaygındır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) alkolü bağımlılık eğilimleri üreten toksik ve psikoaktif bir madde olarak tanımlamıştır. DSÖ’nün verilerine göre alkol tüketimi her yıl global olarak 3 milyon ölüme ve milyonlarca insanın sağlık problemleri yaşamasına sebep olmaktadır. Alkol tüketimi merkezi sinir sistemindeki çeşitli yapıları ve işlemleri etkilemekte olup çeşitli riskler barındırmakta ve sindirim, kardiyovasküler sistemler üzerinde önemli toksik etkileri bulunmaktadır. Bir immünsüpresan olarak alkol, tüberküloz ve HIV dâhil olmak üzere bulaşıcı hastalık riskini arttırmaktadır (WHO, 2018).

Avrupa’nın dokuz ülkesinde 16-35 yaş aralığındaki 1341 kişi ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %28,6’sı alkolü cinsel teması kolaylaştırmak için kullandıkları tespit edilmiştir (Bellis, 2008). Alkol kullanımının HIV bulaş riski taşıyan gruplarda korunmadan gerçekleşen cinsel temas ile ilişkili bulunmuştur. HIV+ tanısı almış erkeklerin ¼’inin korunmadan gerçekleştirdikleri cinsel temastan önce alkol kullandıkları, yoğun alkol kullanımı olan bireylerin, daha az alkol kullanan bireyler göre kondom kullanmaksızın gerçekleşen cinsel temas ve birden çok kişiyle gerçekleşen cinsel temas oranlarının beş kat daha fazla olduğu görülmüştür (Bakım ve ark., 2006).

1.3.6 Kondom Kullanmadan Gerçekleşen Cinsel Temas

HIV’nin seyrine bakıldığında en önemli bulaş yolunun korunmasız gerçekleşen cinsel temas olduğunun altı çizilmekte olup tüm cinsel eylemlerde düzenli kondom kullanmanın gerekliliğinin altı çizilmektedir. Kondom kullanımının yaygınlaşması HIV bulaşını önlemede çok önemlidir. Dünyada yapılan birçok çalışmada heteroseksüel

erkeklerin yaklaşık yüzde 50'sinin düzenli olarak prezervatif kullanmadığı tahmin edilmektedir (Bengel, 2001). Gadau ve arkadaşlarının (2008) yirmi dört ülkede on beş yaşındaki öğrencilerle gerçekleştirdiği kesit çalışmasında; prezervatif kullanımı İsveç'te %52.7, Yunanistan'da %89.2, Avusturya, Fransa, Makedonya, İsrail, İspanya ve Yunanistan'da her on öğrencinin sekizinden fazlasının prezervatif kullandığı saptanmıştır. A.C. Nielsen isimli araştırma şirketinin 2018 yılında yayımladığı prezervatif satış verilerine göre Türkiye'de prezervatif kullanımı 15.8 iken batı ülkelerinde bu oran yüzde 60-80 arasında olduğu, Türkiye'de en sık kullanılan yöntemin geleneksel geri çekilme yöntemi olduğu belirtilmektedir. Durex'in 2015 yılında gerçekleştirdiği küresel bir çalışmada yetişkinlerin %47'sinin partnerlerin cinsel yaşam geçmişlerini bilmeden korunmasız olarak cinsel birliktelik yaşadıkları tespit edilmiştir.

Amerika'da Sağlık Araştırmaları Merkezinin 210 katılımcı ile gerçekleştirdiği bir araştırmada çiftlerin yarısının ilişkilerin ilk ayında düzenli olarak kondom kullandıklarını, ilişkilerin son zamanlarında ancak sadece %34'ünün kondom kullanmaya devam ettikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların %38'inin en az bir kez anal cinsel temas deneyimledikleri, anal cinsel temas bildiren katılımcıların %47'si hiç kondom kullanmadığını ve %37'si her zaman kondom kullandığını bildirmiştir (Civic, 2000). Eaton ve arkadaşlarının (2003) Güney Afrika'ları gençlerin güvenli olmayan cinsel davranışlarını inceledikleri derleme çalışmasında gençlerin yarısının 16 yaşında cinsel olarak aktif olduklarını ve bu gençlerin %50 ile %60'nın hiç prezervatif kullanmadıkları sonucuna varmışlardır. Dünya geneline bakıldığında HIV'nin en önemli bulaş yolunun korunmasız cinsel temas olduğu dikkat çekmektedir.

1.3.7 Erken Yaşta Başlayan Cinsellik

Dünya Sağlık Örgütü adolesan dönemi 10 ile 19 yaş arası olarak, gençlik dönemini ise 15-24 yaş arası olarak belirtmektedir. Erken yaşlarda başlayan cinsellik literatüre bakıldığında bazı kaynaklarda 14 yaş öncesi cinsel ilişkiye girmek olarak bazı kaynaklarda ise 16 yaş öncesi cinsel ilişkiye girmek olarak tanımlanmaktadır (Kaplan ve ark., 2013). Dünyanın birçok bölgesinde evlilik öncesi cinsel temas her geçen gün

yaygınlaşmakta, yaşanan coğrafyaya ve kültüre göre farklılık göstermektedir. CETAD'ın aktardığı verilere göre Asya'da on sekiz yaşına geldiklerinde kadınların %11'inin, erkeklerin %24-75'inin, Latin Amerika ülkelerinde on altı yaşında genç kadınların %12-44'ünün, erkeklerin %44-66'sının, Sahra-altı Afrika ülkelerinde on dokuz yaşında genç kadınların %45-52'sinin, erkeklerin %45-73'ünün, batı ülkelerinde ise yirmi yaşına geldiklerinde gençlerin büyük bir kısmının ilk cinsel birlikteliklerini deneyimledikleri tahmin edilmektedir.

Türkiye'de TÜİK'in 2018 yılında yayımladığı verilere göre; 10-24 yaş aralığında yaşayan 19.311.819 genç nüfus vardır. Durex'in 2005 yılında gerçekleştirdiği küresel bir çalışmada, ilk cinsel temas yaşı ortalaması 17,9 olarak tespit edilmiştir. İzmir ilinde Gökengin ve arkadaşlarının (2003) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdiği bir araştırmada, öğrencilerin cinsiyet fark etmeksizin %71,4'ünün 15 ile 19 yaş aralığında ilk cinsel temaslarını deneyimledikleri saptanmıştır. CETAD'nin 2006 yılında gerçekleştirdiği araştırmada Türkiye'de kadınların ilk cinsel temas yaşı 19,5 olarak, erkeklerin ise 19 olarak belirlemişlerdir. Erken yaşlarda başlayan cinselliğin, cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar ve istenmeyen gebelik risklerini artıracığı ve uzun süreli sağlık sorunlarına ve sosyal dezavantajlara yol açabileceği ön görülmektedir. Kaplan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırmada cinselliğe erken yaşlarda başlayanların, daha ileriki yaşlarda cinselliğe başlayanlara göre riskli cinsel davranışlar ve şiddete maruz kalma anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür.

Cinsel ilişkinin erken yaşlarda başlaması, artan cinsel partner sayısı ve alkol etkisi altında cinsel temas dâhil olmak üzere çeşitli riskli cinsel davranışla ilişkiliyken, cinselliğin geç başlaması daha az risk faktörleriyle ilişkilendirilmiştir (Sandford ve ark., 2008). Ukrayna'da yapılan bir çalışmada ise cinsel ilişkiye erken yaşlarda başlayan bireylerin, hayatları boyunca daha fazla kişiyle cinsel temas kurdukları ve daha az prezervatif kullandıkları tespit edilmiştir (Pylypchuk ve Marston, 2008). Madkour ve ark. (2010), erken cinsel deneyim ve madde kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Nigerya'lı 1278 bekar erkekle yapılan çalışmada 16 yaşından önce cinsel deneyim yaşayanların akranlarına göre cinsel yolla bulaşan hastalıklar için iki kat daha fazla risk taşıdıkları tespit edilmiştir (Fatusi ve Wang, 2009).

1.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Riskli Cinsel Davranışlar Arasındaki İlişki

Çocukluk döneminde süregelen cinsel istismarın takıntılı cinsel davranışlara, sürekli risk alma veya tehlikeye maruz kalma, psikoaktif ilaç kullanımına yol açtığı görülmektedir (Herman, 2017). 2012 ve 2013 yılları arasında 24 farklı ilde öğrenim gören 1102 Üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada çocukluk çağı istismarı, dürtüsellik ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiye bakılmış, riskli davranışlar ve çocukluk çağı istismarı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı istismarına maruz kalan öğrencilerin daha fazla dürtüsel davranış sergilemeye eğilimli olduğu cinsel, fiziksel, duygusal istismara maruz kalma ve dürtüsellik arttıkça riskli davranış sayısının arttığını saptanmıştır (Erel ve Gölge, 2014). Çocukluk çağı cinsel taciz öyküsü olan bireylerin daha sık riskli cinsel davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir (Taner ve Gökler, 2004). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan bireylerin daha sık riskli cinsel eylemde bulunmalarını duygu düzensizlikleri ile başa çıkma biçimi olabileceği tahmin edilmektedir (Moore ve arkadaşları,2010). İhmal ve istismarın riskli cinsel davranışlar sergilemede önemli bir faktör olduğunun altı çizilmektedir (Thompson ve arkadaşları,2016).

Moore ve arkadaşlarının 970 kolej öğrencisi ile yaptığı çalışmada dürtüsellik ve dışa dönüklüğün anlamlı bir şekilde riskli cinsel davranışlarla ilişkili olduğu hem fiziksel hem de cinsel travmatik olayların riskli cinsel davranışlarla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Wilson ve Widom'un (2008) yaptıkları ileriye dönük otuz yıllık bir izleme çalışmasında istismara uğramış ve ihmal edilmiş çocukların riskli cinsel davranışlarda bulunma riskinin yüksek olduğu sonucuna varmışlar ve çocuklukta istismar ve ihmal maruz kalmış bireylerin orta yetişkinlik dönemlerin HIV+ için test yaptırma ihtimallerini iki katından fazla olduğunu tespit etmişlerdir. 18-30 yaş aralığında 377 erkek ile yapılan bir diğer çalışmada çocukluk çağı travmaya maruz kalan bireylerin, çocukluk çağı travması öyküsü olmayan katılımcılara oranla, daha fazla cinsel eş, daha fazla korunmasız cinsel ilişki ve seks ticareti gibi yüksek riskli cinsel davranışlar bildirmişlerdir (Peterson ve ark., 2018). 2676 erkekle yapılan bir diğer çalışmada 13 yaşından önce cinsel kötüye kullanım öyküsü olanların fuhuş, alkol, uyuşturucu

kullanımı, korunmasız cinsel temas, daha fazla cinsel eş ile cinsel temas oranlarının belirgin olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dilorio ve ark., 2002).

HIV+ tanısı almış kadın ve erkeklerde çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismarın genel popülasyonda gözlemlenenden birkaç kat daha yüksek olduğu görülmektedir (Cohen ve ark., 2000; Liebschutz ve ark., 2000; Whetten ve ark., 2006; Voisin, 2005). 4295 eşcinsel erkeklerle yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %39,7'sinin çocukluk çağı travma öyküsü olduğu ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım geçmişi ile korunmasız gerçekleşen anal seks arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Mimiaga ve ark.,2009). 167 HIV+ tanısı almış erkeklerle yapılan çalışmada, katılımcıların %35,3'ü çocuklukta cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (Kamen ve ark., 2012).

2. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METEDOLOJİSİ

2.1 Yöntem ve Modeli

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın yöntemi, araştırmanın evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği araçlar, verilerin toplanması ve analizlerinden oluşmaktadır. HIV(+) tanısı almış ve tedavisine devam etmekte olan olguların çocukluk çağı travmalarının sıklığını ve riskli cinsel davranışların arasındaki ilişkiyi inceleyen bu tez çalışması, olguların kesitsel ve retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

2.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışmanın evreni HIV(+) tanısı almış ve tedavisine devam etmekte olan olgulardan oluşmaktadır. Araştırmanın örnekleme İstanbul ilinde Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Biriminde izlenen HIV(+) tanısı almış tedavisine devam etmekte olan, söz konusu araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan 116 olgu ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma hakkında bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş, okuma yazma bilen, değerlendirme sırasında madde etkisinde olmayan, yanıt vermeyi güçleştirecek her hangi bir bilişsel bozukluk göstermeyen 18 yaşını doldurmuş 116 HIV+ tanısı almış olgu ile gerçekleştirilmiştir. Örneklemin etki büyüklüğü hesaplanırken Türkiye’de kayıtlı hasta sayısından yola çıkılmış, ‘Russ Lenth’s power and sample size’ kullanılarak hesaplanmıştır (Lenth, 2016).

2.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırma hakkında bilgilendirilmiş onayı alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden olgulara standardize edilmiş ölçekler uygulanmıştır. Bu bağlamda Sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Cinsel Risk Alma Ölçeği uygulanmıştır.

2.4.1 Klinik ve Sosyo-Demografik Veri Formu

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, bu çalışma için demografik bilgilerin alınmasına yönelik formdur. Bu form içerisinde HIV(+) tanısı almış ve tedavi gören olguların; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumları, gelir düzeyleri, virüsün bulaş yolu, ilk cinsel deneyimlerini, cinsel yönelimlerini, virüs hakkındaki bilgilerini, sosyal destek sistemlerini, tedavi sırasında riskli cinsel davranışın varlığını, madde kullanımı öyküsü ve tedaviye ara verip vermedikleri sorulmuştur.

2.4.2 Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇCRTÖ)

1994 yılında Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ilk hali 53 sorudan oluşan daha sonra yine Bernstein ve arkadaşları tarafından toplam 28 maddeye kısaltılmış ölçekdir. Ölçek ile çocukluk çağında deneyimlenen cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmali değerlendirmektedir. Beşli Likert Tipli bir öz bildirim ölçeğidir. Ayrıca, travmanın minimizasyonunu ölçen üç madde bulunmaktadır. 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık yanıt seçeneklerini içermekte ve her bir yanıt 1 ile 5 arasında puan verilmektedir. Beş alt puan ve bunların bileşiminden oluşan toplam puan elde edilmekte, alt puanlar; 5 ile 25, toplam puanlar; 25 ile 125 arasındadır. 2012 yılında, Şar ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı yılda yayınlanan Türkçe formu kullanılmıştır.

2.4.3 Cinsel Risk Alma Ölçeği (CRAÖ)

2012 yılında Hırvatistan’da Stulhover ve arkadaşları tarafından riskli cinsel davranışları ölçümlemek amacı ile geliştirilmiştir. Türkiye’de ilk defa Kıyıcıoğlu tarafından 2015 yılında “HIV/AIDS riskini arttıran cinsel davranışlar” konulu çalışmada uyarlanan ölçek, araştırmanın riskli cinsel davranışları ölçümleme aşamasında uyarlama olarak kullanılmıştır. On sorudan oluşan, bir kısmının evet – hayır cevaplarını içeren ölçeğin puan dağılımı 0 ile 10 arasında olup, yüksek puanlar riskli cinsel davranışların varlığını göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,71 olarak bulunmuştur.

2.5 Araştırmanın Hipotezleri

HIV, çocukluk çağı travmaları ve riskli cinsel davranış arasındaki ilişkinin yapılan literatür araştırması sonucu oluşturulan araştırma modeline göre aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁ Çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalmış olmanın HIV+ tanısı almış tedavi gören olguların riskli cinsel davranış sergilemesine artırıcı etkisi vardır.

H₂ Çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalmış olmanın HIV + tanısı almış tedavi gören olgularda riskli cinsel davranış sergilemesine artırıcı etkisi vardır.

H₃ Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış olmanın HIV + tanısı almış tedavi gören olgularda riskli cinsel davranış sergilemesine artırıcı etkisi vardır.

H₄ Çocukluk çağında ihmale maruz kalmış olmanın HIV + tanısı almış tedavi gören olgularda riskli cinsel davranış sergilemesine artırıcı etkisi vardır.

H₅ Cinsel temas yolu ile bulaşı gerçekleşen HIV’inin çocukluk çağı travmalarının sıklığı ile korelasyonu vardır.

H₆ HIV(+) tanısı almış ve tedavi gören olgularda çocukluk çağı travmalarının sıklığı ile riskli cinsel davranış sergileme arasında pozitif korelasyon vardır.

H₇ Cinsel temas yolu ile bulaşı gerçekleşen HIV+ olguların çocukluk çağı travmalarının sıklığı daha fazladır.

H₈ 16 yaşından küçük ilk cinsel teması gerçekleşen olgular daha sık riskli cinsel davranışlar sergilemektedir.

2.6 Verilerin Analizi

İstatistiksel açıdan verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında “IBM SPSS Statistics 24” paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirilmelerde değişkenler arasında ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t-test ve diğer testler kullanılmıştır. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilecektir.

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde gözlemlenen sonuçları ile elde edilen istatistiksel bulgular anlatılmaktadır. Araştırma 116 olgu ile gerçekleştirilmiştir.

3.1 Katılımcıların Özellikleri

HIV(+) tanısı almış ve tedavi gören olguların özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumları, gelir düzeyleri, virüsün olası bulaş yolu, ilk cinsel deneyimlerini, cinsel yönelimlerini, virüs hakkındaki bilgilerini, sosyal destek sistemlerini, tedavi sırasında riskli cinsel davranışın varlığını, madde kullanımı öyküsü ve tedaviye ara verip vermediklerine göre tablolandırılmış ve raporlanmıştır.

Tablo 3.1: Katılımcıların Cinsiyet, Cinsel Yönelim ve Yaş Dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Erkek	102	87,9
	Kadın	14	12,1
Cinsel Yönelim	Homoseksüel	90	77,6
	Heteroseksüel	20	17,2
	Biseksüel	6	5,2
Yaş	18-24	15	12.9
	25-34	46	39.7
	34-45	32	27.6
	45-60	20	17.2
	61 üstü	3	2.6

Çalışmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında 102 kadın (%87,9), 14 erkek (%12,4) olmak üzere toplam 116 HIV+ tanısı almış ve tedavi görmekte olan olgulardan oluşturmaktadır, Katılımcıların yaşları 18-67 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 36,15 (ss=11,07) olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.2: Eğitim Durumu

		Sıklık	Yüzde
Değer Aralığı	1	22	19,0
	2	8	6,9
	3	25	21,6
	4	6	5,2
	5	39	33,6
	6	11	9,5
	7	4	3,4
	Toplam	115	99,1
Kayıp	Değer	1	,9
Toplam		116	100,0

Katılımcıların eğitim düzeyi dağılımlarına bakıldığında 4'ünün (%3,4) sadece okuma yazma bildiği, 22'sinin (%19,0) ilkokul mezunu, 8'inin (%6,9) ortaokul mezunu, 25'inin (%21,6) lise mezunu ve 39'unun (%33,6) ise üniversite mezunu olduğu 11'inin (%9,5) ve yüksek lisans ve üstü mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 3.3: Gelir Düzeyi Dağılımı

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	5	4,3	4,3
	2	38	32,8	37,1
	3	61	52,6	89,7
	4	12	10,3	100,0
	Toplam	116	100,0	

Araştırmaya katılan olguların gelir düzeyine göre gruplandırıldığında, 12'sinin (%10,3) alt düzeyde, 61'inin (%52,6) orta düzeyde, 38'inin (%32,8) ise yüksek düzeyde, 5'inin (%4,3) ise çok yüksek düzeyde gelire sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.4: HIV+ Bulaş Yolu

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	105	90,5	90,5
	2	11	9,5	100,0
	Toplam	116	100,0	

Virüsün olası bulaş yolları sıklığına bakıldığında 105'inin (%90,5) cinsel temas yoluyla, 11'inin (%9,5) kan ve kan ürünleri ile virüsü edindiklerini belirtmiştir.

Tablo 3.5: İlk Cinsel Birleşme

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	49	42,2	42,6
	2	66	56,9	100,0
	Total	115	99,1	
Kayıp	Değer	1	,9	
Toplam		116	100,0	

İlk cinsel birleşmenin planlı mı yoksa plansız mı gerçekleştirildiği sorulduğunda, araştırmaya katılan HIV(+) olguların 49'unun (%42,2) planlı, 66'sının (%56,9) plansız olarak ilk cinsel temaslarını gerçekleştirdiğini belirtmiştir.

Tablo 3.6: HIV (+) Hakkında Bilgi Sahibi Olma Yaygınlığı

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	45	38,8	38,8
	2	71	61,2	100,0
	Toplam	116	100,0	

HIV (+) tanısı olan araştırmaya katılan olguların tanı ve bulaş öncesi virüs hakkında bilgi sahibi olma oranları incelendiğinde bilgi sahibi olmayanların, bilgi sahibi olanlara oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tablo 3.6'da katılımcıların %38,8'i virüs hakkında bilgisi olduğunu, %61,2'sinin virüs hakkında bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.7: Sosyal Destek Sistemlerinden Faydalanma

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	45	38,8	38,8
	2	71	61,2	100,0
	Toplam	116	100,0	

Tablo 3.7’de araştırmaya katılan tanı almış olguların sosyal destek sistemine sahip olma oranları gösterilmektedir. Buna göre olguların HIV+ tanısı aldıktan sonra sosyal destek sistemine sahip olanların oranı (%38,8), sosyal destek sistemine sahip olmayanlara göre oranı daha düşük olduğu gözlenmiştir (61.2).

Tablo 3.8: Ruh Sağlığı Destek Sistemlerinden Faydalanma

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	15	12,9	12,9
	2	101	87,1	100,0
	Toplam	116	100,0	

Katılımcıların HIV+ tanısı aldıktan sonra ruh sağlığı destek sistemlerinden faydalanma oranı Tablo 3.8’de gösterilmiştir. Buna göre %12,9’nun ruh sağlığı desteği aldığı buna karşın %87,1’nin destek almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.9: Katılımcıların Tedavi Sonrası Kontrolsüz Cinsel Davranışları

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer Aralığı	1	22	19,0	19,1
	2	93	80,2	100,0
	Toplam	115	99,1	
Kayıp	Değer	1	,9	
Toplam		116	100,0	

Katılımcıların tedavi sırasındaki kontrolsüz cinsel davranışları incelendiğinde 22'sinin (19,0) kontrolsüz cinsel davranışta bulunduğu, 93'ünün(80,2) kontrolsüz cinsel davranışta bulunmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.10: Katılımcıların Madde Kullanım Oranları

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer aralığı	1	26	22,4	22,4
	2	90	77,6	100,0
	Topla m	116	100,0	

Katılımcıların geçmişte madde kullanımı davranışları incelendiğinde 26'sının (22,4) geçmişte madde kullanımı olduğu, 90'ının (77,6) geçmişte madde kullanımı olmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.11: Katılımcıların Tedaviye Devam Etmeleri Önerildiği Halde Tedaviye Ara Verme Oranları

		Sıklık	Yüzde	Toplam Yüzde
Değer aralığı	1	11	9,5	9,5
	2	105	90,5	100,0
	Toplam	116	100,0	

Katılımcıların tedaviye devam etmeleri önerildiği halde tedaviye ara verme davranışları incelendiğinde 11'inin (9,5) tedaviye ara verdiği, 105'inin (90,5) tedaviye ara vermediğini belirtmiştir.

3.2. Riskli Cinsel Davranış Ölçeği Değişkenleri Arası Dağılım

Araştırmada kullanılan Cinsel Risk Alma Ölçeğine katılımcıların verdikleri yanıtlara göre örneklemin dağılımının sonuçları Tablo 3.12' de gösterilmiştir. Bütün örneklemdaki dağılım alınmıştır.

Tablo 3.12: Katılımcıların Riskli Cinsel Davranışları

Değişkenler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Riskli Cinsel Davranış				
Anal İlişki	36	31,0	80	69,0
Tek Gecelik Cinsel Temas	50	43,1	66	56,9
Aynı dönemde birden fazla eş	54	46,6	62	53,4
		N	Ort.	SS
İlk Cinsel Temas Yaşı		103	17,38	3,84
Toplam Cinsel Aktivite		105	53,40	108,84

Tablo 3.13: Katılımcıların Kondom Kullanım Oranları

Düzenli Kondom Kullanımı	N	%
Hiç kondom kullanmadım	9	7,8
Bazen kullandım	25	21,6
Sıklıkla kullandım	39	33,6
Her zaman kullandım	43	37,1

Tablo 3.14: Katılımcıların Cinsel Birleşme Öncesi Alkol Kullanım Oranları

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç alkol kullanmadım	16	13,7
Bazen kullandım	54	46,6
Sıklıkla kullandım	46	39,7

Tablo 3.15: Katılımcıların Cinsel Birleşme Öncesi Madde Kullanım Oranları

Madde Kullanımı	N	%
Hiç uyuşturucu kullanmadım	93	80,2
Bazen kullandım	17	14,7
Sıklıkla kullandım	6	5,2

Katılımcıların 36'sı (%31,1) hayatların en az bir kere anal ilişkiye girdiklerini, 50'sinin (%43,1) tek gecelik cinsel temas yaşadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların son cinsel ilişkilerinde kondom kullanma oranları incelendiğinde, 54'ünün (%46,6) aynı dönemde birden fazla eş ile cinsel temas gerçekleştirdiği görülmüştür. Olguların ilk cinsel temas yaş ortalaması 17,38 olarak bulunmuştur. Katılımcıların 55'inin 16 yaşından önce cinselliğe başladığı görülmüştür. Katılımcıların tüm hayatları boyunca cinsel eş sayısının ortalaması alındığında 53,40 olarak saptanmıştır. Katılımcıların son 12 ay içerisinde yaşadıkları cinsel ilişkilerinde kondom kullanma oranlarına bakıldığında, 9'unun (%7,8) hiçbir zaman kondom kullanmadığı, 25'inin (%21,6) bazen kullandığı, 39'unun (%33,6) sıklıkla kullandığı, 43'ünün (%37,1) her zaman kullandığı görülmüştür. Katılımcılara cinsel ilişkiden önce alkol kullanım oranlarına bakıldığında, 16'sının (%13,7) hiç alkol kullanmadığı, 54'ünün (%46,6) bazen kullandığı, 46'sının (%39,7) sıklıkla kullandığı tespit edilmiştir. Katılımcılara cinsel ilişkiden önce yasadışı uyuşturucu madde kullanımları gözlemlendiğinde, 93'ünün (%80,2) yasadışı madde kullanmadığı, 17'sinin (%14,7) bazen kullandığı, 6'sının (%5,2) sıklıkla kullandığı görülmüştür.

Tablo 3.16: Ç.Ç.R.T.Ö Alt Boyutlarından Elde Edilen Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri

Değişkenler	N	Ort.	SS	Min.	Max.
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği					
Duygusal İstismar	116	9,55	4,92	5	25
Fiziksel İstismar	116	7,79	4,63	5	24

Fiziksel İhmal	116	9,85	4,69	5	25
Duygusal İhmal	116	13,04	6,08	5	25
Cinsel İstismar	116	9,25	5,45	5	25
Minimizasyon		0,56	0,73	0	2
Toplam Travma	116	55,18	10,211	30	97

Tablo 3.16’da faktörlerin standart sapmaları hesaplanmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma ölçeği alt boyutlarından elde edilen ortalama standart sapmaları hesaplanmıştır. Tablo 3.16’da gösterildiği gibi duygusal istismarın puan ortalaması hesabı şu şekildedir; $9,55 \pm 4,92$, fiziksel istismarın puan ortalaması, $7,79 \pm 4,63$, fiziksel ihmalin puan ortalaması $9,85 \pm 4,69$, duygusal ihmalin puan ortalaması $13,04 \pm 4,40$, cinsel istismarın puan ortalaması $9,258 \pm 5,45$, minimizasyon puanının ortalaması $0,56 \pm 0,73$ olarak hesaplanmıştır. Ç.Ç.R.T.Ö. toplam puanının ortalaması ise $55,18 \pm 10,21$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.17: Katılımcıların Çocukluk Çağında En Az Bire Kere Ruhsal Travmaya Maruz Kalma Oranları.

Değişkenler	N	Ort.	SS	Min.	Max.
Riskli Cinsel Davranış					
Duygusal İstismar	86	11,14	4,79	6	25
Fiziksel İstismar	51	11,35	5,13	6	24
Fiziksel İhmal	91	11,19	4,45	6	25
Duygusal İhmal	103	14,06	5,69	6	25
Cinsel İstismar	64	12,72	5,23	6	25

116 katılımcının Ç.Ç.R.T.Ö ölçeğinde en az bir kere ruhsal travmaya maruz kalanların faktörler için ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış Tablo 3.17’de verilmiştir. 116 katılımcının çocukluk çağında ruhsal travmaya maruz kalma oranları incelendiğinde 103 olgu “Duygusal İhmal”e maruz kaldığını ifade etmiştir. Örnekleme en yaygın rastlanan ikinci travma ise 91 kişi ile “Fiziksel İhmal”e maruz kalma oranı olmuştur. Olumsuz yaşam deneyimine en az bir kere maruz kalanları sırası ile Duygusal İstismar (86 kişi), Cinsel İstismar (65 kişi) ve Fiziksel İstismar (51 kişi) takip etmektedir. Ölçeklendirme çoklu cevap yöntemi ile yapılmış ve hiç ruhsal travma yaşamadığını belirten 13 kişi analiz dışı bırakılmıştır. Tüm faktörlerin ortalama ve standart sapma değerlerine bakıldığında değerlerin birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 3.18: Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları

Değişkenler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Riskli Cinsel Davranış				
Anal İlişki	23	26,7	63	73,3
Tek Gecelik Cinsel Temas	42	48,8	44	51,2
Aynı dönemde birden fazla eş	43	50,0	43	50,0
		N	Ort.	SS
İlk Cinsel Temas Yaşı		77	17,15	3,93
Toplam Cinsel Aktivite		77	43,28	55,98

Duygusal İstismara uğradığını belirten 86 olgunun ayrı ayrı Riskli Cinsel Davranış değişkenleri dağılımı Tablo 3.18’de verilmiştir. Bunun yanı sıra söz konusu katılımcıların kondom kullanım oranları Tablo 3.19, alkol kullanım oranları Tablo 3.20 ve madde kullanım oranları Tablo 3.21’de verilmiştir.

Tablo 3.19: Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları

Düzenli Kondom Kullanımı	N	%
Hiç kondom kullanmadım	7	8,1
Bazen kullandım	18	20,9
Sıklıkla kullandım	26	30,2
Her zaman kullandım	35	40,7

Tablo 3.20: Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç alkol kullanmadım	11	12,8
Bazen kullandım	38	44,2
Sıklıkla kullandım	35	40,7

Tablo 3.21: Duygusal İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları

Madde Kullanımı	N	%
Hiç uyuşturucu kullanmadım	69	80,2
Bazen kullandım	12	14,0
Sıklıkla kullandım	5	5,8

Tablo 3.18’de ilk cinsel temas yaş ortalaması 17,15 ve farklı eşlerle toplam cinsel aktivite oranının ortalaması 43,28 olduğu gözlenmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşam

deneyimine maruz kalmış 86 olgunun riskli cinsel davranışları incelendiğinde, yine Tablo 3.18’de aynı anda birden fazla kişi ile cinsel ilişki yaşama 43 kişi (%50) ve tek gecelik cinsel temas yaşantısı 42 kişi (%48,8) olduğu dikkat çekmektedir. Öte yandan Tablo 3.19’da %59,3’lük oranında düzenli kondom kullanımının olmadığı gözlenmektedir, bu durum cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların epidemiyolojisine bakıldığında önemli bir risk etmeni olarak göze çarpmaktadır. Tablo 3.20 ve Tablo 3.21’de Madde ve Alkol kullanım oranları gösterilmiştir buna göre olguların %84,9’u alkol kullandığını belirtmiştir buna karşın madde kullanım oranının %19,8 olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3.22: Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları

Değişkenler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Riskli Cinsel Davranış				
Anal İlişki	14	27,5	37	72,5
Tek Gecelik Cinsel Temas	22	43,1	29	56,9
Aynı dönemde birden fazla eş	24	47,1	27	52,9
		N	Ort.	SS
İlk Cinsel Temas Yaşı		45	17,47	4,25
Toplam Cinsel Aktivite		44	43,89	60,94

Fiziksel İstismara uğradığını belirten 51 olgunun ayrı ayrı Riskli Cinsel Davranış değişkenleri dağılımı Tablo 3.22’de verilmiştir. Bunun yanı sıra söz konusu katılımcıların kondom kullanım oranları Tablo 3.23, alkol kullanım oranları Tablo 3.24 ve madde kullanım oranları Tablo 3.25’de verilmiştir.

Tablo 3.23: Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları

Düzenli Kondom Kullanımı	N	%
Hiç kondom kullanmadım	5	9,8
Bazen kullandım	10	19,6
Sıklıkla kullandım	13	25,5
Her zaman kullandım	23	45,1

Tablo 3.24: Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç alkol kullanmadım	6	11,8
Bazen kullandım	23	45,1
Sıklıkla kullandım	21	41,2

Tablo 3.25: Fiziksel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları

Madde Kullanımı	N	%
Hiç uyuşturucu kullanmadım	41	80,4
Bazen kullandım	7	13,7
Sıklıkla kullandım	3	5,9

Fiziksel istismara maruz kalan olguların ilk cinsel temas yaş ortalaması 17,47 olduğu ve farklı eşlerle toplam cinsel aktivite oranının ortalaması 43,89 olduğu Tablo 3.22’de görülmektedir. Öte yandan, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına maruz kalmış

51 olgunun riskli cinsel davranışları incelendiğinde yine Tablo 3.22’de aynı anda birden fazla kişi ile ilişki yaşama 24 kişi (%47,1) ve tek gecelik cinsel temas yaşantısı 22 kişi (%43,1) oranları gözlemlenmektedir. Tablo 3.23’de 28 olgunun (%54,9) düzenli kondom kullanımının olmaması önemli bir risk etmeni olarak saptanmıştır. Madde ve Alkol kullanım oranlarına bakıldığında Tablo 24 ve 25’de deneklerin %86,3’ü alkol kullandığını belirtmiştir buna karşın madde kullanım oranının %19,6 olduğu gözlenmektedir.

Tablo 3.26: Fiziksel İhmal Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları

Değişkenler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Riskli Cinsel Davranış				
Anal İlişki	29	31,9	62	68,1
Tek Gecelik Cinsel Temas	41	45,1	50	54,9
Aynı dönemde birden fazla eş	42	46,2	49	53,8
		N	Ort.	SS
İlk Cinsel Temas Yaşı		80	17,41	3,92
Toplam Cinsel Aktivite		81	60,0	122,17

Fiziksel İhmal uğradığını belirten 91 olgunun ayrı ayrı Riskli Cinsel Davranış değişkenleri dağılımı Tablo 3.26’de verilmiştir. Bunun yanı sıra söz konusu katılımcıların kondom kullanım oranları Tablo 3.27, alkol kullanım oranları Tablo 3.28 ve madde kullanım oranları Tablo 3.29’de verilmiştir.

Tablo 3.27: Fiziksel İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları

Düzenli Kondom Kullanımı	N	%
Hiç kondom kullanmadım	5	5,5
Bazen kullandım	23	25,3
Sıklıkla kullandım	28	30,8
Her zaman kullandım	35	38,5

Tablo 3.28: Fiziksel İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç alkol kullanmadım	11	12,1
Bazen kullandım	42	46,2
Sıklıkla kullandım	36	39,6

Tablo 3.29: Fiziksel İhmal uğradığını belirten olguların, madde kullanım oranları

Madde Kullanımı	N	%
Hiç uyuşturucu kullanmadım	72	79,1
Bazen kullandım	14	15,4
Sıklıkla kullandım	5	5,5

Fiziksel ihmale maruz kaldığını belirten 91 olgunun cinsel risk alma davranışları değişkenleri dağılımı Tablo 3.26’da gösterilmektedir ve bu bağlamda tek gecelik cinsel temas deneyiminin %45,1 olduğu, tüm yaşamları boyunca ortalama 60 kişi ile cinsel temas yaşadıkları katılımcıların söylemleri doğrultusunda gözlemlenmiştir. Fiziksel ihmale

maruz kalan olguların %61,6'sının düzenli kondom kullanımının olmadığı Tablo 3.27'de ve Tablo 3.28'de %85,8'inin cinsel ilişki öncesi alkol kullanımının olduğu saptanmıştır. Buna karşın madde kullanım oranlarının Tablo 3.29'da alkol kullanımına göre oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir (%20,9).

Tablo 3.30: Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları

Değişkenler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Riskli Cinsel Davranış				
Anal İlişki	29	28,2	74	71,8
Tek Gecelik Cinsel Temas	46	44,7	57	55,3
Aynı dönemde birden fazla eş	47	45,6	56	54,4
		N	Ort.	SS
İlk Cinsel Temas Yaşı		92	17,35	3,99
Toplam Cinsel Aktivite		92	57,69	115,44

Duygusal İhmal uğradığını belirten 103 olgunun ayrı ayrı Riskli Cinsel Davranış değişkenleri dağılımı Tablo 3.30'da verilmiştir. Bunun yanı sıra söz konusu katılımcıların kondom kullanım oranları Tablo 3.31, alkol kullanım oranları Tablo 3.32 ve madde kullanım oranları Tablo 3.33'de verilmiştir.

Tablo 3.31: Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları

Düzenli Kondom Kullanımı	N	%
Hiç kondom kullanmadım	8	7,8
Bazen kullandım	23	22,3
Sıklıkla kullandım	33	32,0
Her zaman kullandım	39	37,9

Tablo 3.32: Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Alkol Kullanım Oranları

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç alkol kullanmadım	40	38,8
Bazen kullandım	49	47,6
Sıklıkla kullandım	40	38,8

Tablo 3.33: Duygusal İhmal Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları

Madde Kullanımı	N	%
Hiç uyuşturucu kullanmadım	83	80,6
Bazen kullandım	14	13,6
Sıklıkla kullandım	6	5,8

Duygusal ihmale maruz kalan 103 olgunun riskli cinsel davranışları gözlemlendiğinde, Tablo 3.30’da tüm yaşamları boyunca cinsel eş sayılarının ortalamasının 57,69 olduğu, aynı dönemde birden fazla partner ile cinsel ilişki yaşayan

olguların sayısının 47 (%45,6) olduğu görülmüştür. Tablo 3.31’de olguların düzenli kondom kullanım oranları gösterilmiş ve buna göre her cinsel birleşmede kondom kullanan olgu sayısı Tablo 3.32’de verilmiş ve 39 katılımcı (%37,9) kondom kullandığını ifade etmiştir. Cinsel aktivite öncesi alkol kullandığını ifade eden katılımcıların oranları Tablo 3.32’de gösterilmektedir buna göre bu genel olgu sayısının %86,4’ü olduğu görülmektedir. Diğer taraftan Tablo 3.33’de olguların tüm yaşamları boyunca yalnızca 20’sinin (%19,4) madde kullanmış olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.34: Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların Riskli Cinsel Davranışları

Değişkenler	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Riskli Cinsel Davranış				
Anal İlişki	20	31,3	44	68,8
Tek Gecelik Cinsel Temas	30	46,9	34	53,1
Aynı dönemde birden fazla eş	31	48,4	33	51,6
		N	Ort.	SS
İlk Cinsel Temas Yaşı		55	17,32	4,20
Toplam Cinsel Aktivite		60	58,87	136,57

Cinsel İstismar uğradığını belirten 64 olgunun ayrı ayrı Riskli Cinsel Davranış değişkenleri dağılımı Tablo 3.34’da verilmiştir. Bunun yanı sıra söz konusu katılımcıların kondom kullanım oranları Tablo 3.35, alkol kullanım oranları Tablo 3.36 ve madde kullanım oranları Tablo 3.37’de verilmiştir.

Tablo 3.35: Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Kondom Kullanım Oranları

Düzenli Kondom Kullanımı	N	%
Hiç kondom kullanmadım	5	7,8
Bazen kullandım	13	20,3
Sıklıkla kullandım	21	32,8
Her zaman kullandım	25	39,1

Tablo 3.36: Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların Alkol Kullanım Oranları

Alkol Kullanımı	N	%
Hiç alkol kullanmadım	6	9,4
Bazen kullandım	28	43,8
Sıklıkla kullandım	29	45,5

Tablo 3.37: Cinsel İstismara Uğradığını Belirten Olguların, Madde Kullanım Oranları

Madde Kullanımı	N	%
Hiç uyuşturucu kullanmadım	51	79,7
Bazen kullandım	9	14,1
Sıklıkla kullandım	4	6,3

Çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım yaşam deneyimi olduğunu belirten 64 olgunun cinsel risk alma davranışları değişkenlerinin oranı Tablo 3.34’de gösterilmektedir, buna göre tek gecelik cinsel temas oranının %46,9 olduğu bunun yanı sıra olguların aynı dönemde birden fazla cinsel partner ile gerçekleştirilen cinsel yaşam

oranlarının %48,4 olduğu bulunmuştur. Düzenli kondom kullanım oranlarına bakıldığında Tablo 3.35’de 25 (%39,1) olgunun düzenli kondom kullanımı olduğu gözlemlenmektedir. Diğer taraftan katılımcıların %89,3’ünün Tablo3.36’daki verilere göre cinsel ilişki öncesinde alkol kullandığı saptanmıştır. Madde kullanım oranlarına bakıldığında Tablo 3.37’de, %79,7’sinin hiç uyuşturucu madde kullanmadığı gözlemlenmiştir.

3.3. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi

Riskli Cinsel Davranış ile Ç.Ç.R.T.Ö değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için Korelasyon analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucu Tablo 3.38’de verilmiştir. Tablo 3.38’i incelediğimizde $p=0,536$ riskli cinsel davranış ile çocukluk çağı ruhsal travmaları toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 3.38: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma, Riskli Cinsel Davranışlar Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

		Riskli Cinsel Davranış	Ç.Ç.R.T. Ö.
Riskli Cinsel Davranış	Pearson Correlation	1	.058
	Sig. (2-tailed)		.536
	N	116	116
Ç.Ç.R.T.Ö.	Pearson Correlation	.058	1
	Sig. (2-tailed)	.536	
	N	116	116

Ç.Ç.R.T.Ö. alt boyutları ile Riskli Cinsel Davranış boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için Korelasyon analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucu Tablo 3.39’da verilmiştir.

Tablo 3.39: Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7
1. Duygusal istismar	1						
2. Fiziksel istismar	0,793**	1					
3. Fiziksel ihmal	0,576**	0,620**	1				
4. Duygusal ihmal	0,674**	0,604**	0,674**	1			
5. Cinsel istismar	0,591**	0,543**	0,216*	0,409**	1		
6. CTQ	0,738**	0,766**	0,315**	0,217*	0,769**	1	
7. Riskli cinsel davranış	0,041	0,066	0,139	-0,035	-0,045	0,058	1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 3.39 incelendiğinde; riskli cinsel davranışlar ve çocukluk çağı travmaları faktörleri arasındaki ilişki tüm travma faktörleri ile ayrı ayrı korelasyonuna bakılmıştır. Yapılan analizler sonucu elde edilen veriler Tablo 3.39’da sunulmuştur.

Ç.Ç.R.T.Ö duygusal istismar alt boyutu ile Ç.Ç.R.T.Ö alt boyutlarından fiziksel istismar ($r = .793, p < 0,01$), fiziksel ihmal ($r = .576, p < 0,01$), duygusal ihmal ($r = .674, p < 0,01$), cinsel istismar ($r = .591, p < 0,01$), Ç.Ç.R.T.Ö toplam puan ($r = .738, p < 0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif ilişkiler olduğu ancak riskli cinsel davranışların sıklığı ($r = .041, p > .05$) ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ç.Ç.R.T.Ö fiziksel istismar alt boyutu ile Ç.Ç.R.T.Ö alt boyutlarından fiziksel ihmal ($r = .620, p < 0,01$), duygusal ihmal ($r = .604, p < 0,01$), cinsel istismar ($r = .543, p < 0,01$), Ç.Ç.R.T.Ö toplam puan ($r = .766, p < 0,01$) arasında istatistiksel olarak

anlamalı derecede pozitif ilişkiler olduğu; riskli cinsel davranışların sıklığı ($r = .066, p > .05$) ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ç.Ç.R.T.Ö fiziksel ihmal alt boyutu ile Ç.Ç.R.T.Ö alt boyutlarından duygusal ihmal ($r = .674, p < .01$), cinsel istismar ($r = .216, p < .05$), Ç.Ç.R.T.Ö toplam puan ($r = .315, p < .01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif ilişkiler olduğu; riskli cinsel davranışların sıklığı ($r = .139, p > .05$) ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ç.Ç.R.T.Ö duygusal ihmal alt boyutu ile Ç.Ç.R.T.Ö alt boyutlarından cinsel istismar ($r = .409, p < .01$), Ç.Ç.R.T.Ö toplam puan ($r = .217, p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif ilişkiler olduğu; riskli cinsel davranışların sıklığı ($r = -.035, p > .05$) ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ç.Ç.R.T.Ö cinsel istismar alt boyutu ile Ç.Ç.R.T.Ö toplam puan ($r = .769, p < .01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif bir ilişki olduğu; riskli cinsel davranışların sıklığı ($r = -.045, p > .05$) ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

3.4 Cinsiyete İlişkin Bulgular

4.4.1 Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Karşılaştırılması

Biyolojik Cinsiyet değişkeninde 102 erkek 14 kadın bulunmaktadır. Örneklem sayıları birbirinden çok farklı olduğundan parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılarak Çocukluk Çağı Ruhsal Travma faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak ortalama değerlere bakıldığında, kadınların çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine daha sık maruz kaldığı görülmekte olup istatistiksel olarak kanıtlanamamaktadır.

Tablo 3.40: Biyolojik Cinsiyete Göre Dağılım Grup İstatistiği

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Ortalamanın standart sapması
Duygusal İstismar	Erkek	102	9,3137	4,64370	,45980
	Kadın	14	11,2857	6,59170	1,76171
Fiziksel İstismar	Erkek	102	7,5196	4,32980	,42871
	Kadın	14	9,7857	6,29015	1,68111
Fiziksel İhmal	Erkek	102	9,5098	4,35491	,43120
	Kadın	14	12,3571	6,30759	1,68577
Duygusal İhmal	Erkek	102	12,5882	5,73914	,56826
	Kadın	14	16,3571	7,61180	2,03434
Cinsel İstismar	Erkek	102	9,2255	5,35087	,52982
	Kadın	14	9,5000	6,39411	1,70890
Toplam Travma	Erkek	102	54,9706	10,01134	,99127
	Kadın	14	56,7143	11,86740	3,17170

Tablo 3.41: Cinsel Temas Yolu ile Bulaşı Gerçekleşen HIV+ Olguların, Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ile İlişkisi

	1	2	3	4	5	6	7
1. Duygusal istismar	1						
2. Fiziksel istismar	0,790**	1					
3. Fiziksel ihmal	0,557**	0,606**	1				
4. Duygusal ihmal	0,677**	0,595**	0,666**	1			
5. Cinsel istismar	0,575**	0,543**	0,184	0,391**	1		

6. CTQ	0,730**	0,767**	0,290**	0,204*	0,773**	1	
7. Riskli cinsel davranış	0,045	0,084	0,166	-0,025	-0,054	0,060	1

*p<0,05 **p<0,01

*Cinsel yolla HIV bulaşı gerçekleşen katılımcıların değişkenler için korelasyonu
(Diğer bulaş yolları göz ardı edilmiştir.)

Araştırmada yer alan değişkenleri saptamak amacıyla, cinsel yolla HIV bulaşı gerçekleşen katılımcıların korelasyon analizi yapılmış, yapılan korelasyonda örneklemin geneli ile bir fark saptanamamıştır.

Tablo 3.42: Bağımsız Gruplar t-testi (Yaş/Riskli Cinsel Davranış)

	Yaş	N	ORT	SD	t değeri	p değeri
Riskli cinsel davranış	16'dan küçük	55	3,78	2,29	-5,018	0,000
	16'dan büyük	61	5,96	2,38		

Tablo 3.42'de HIV + tanısı almış ve tedavi gören olgularda erken yaşta başlayan cinselliğin riskli cinsel davranışlar sergilemesine etkisine bakılmıştır. Buna göre 16 yaşından önce cinselliğe başlayan ve 16 yaşından sonra cinselliğe başlayanlar riskli cinsel davranışları arasında anlamlı derecede fark olduğu, 16 yaşından sonra cinselliğe başlayanları (p = 0,000) daha fazla riskli cinsel davranışta bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.43: Yaş ve Riskli Cinsel Davranış Arasında İlişki

		Yaş	Riskli Cinsel Davranış
Yaş	Pearson Correlation	1	,056
	Sig, (2-tailed)		,552
	N	116	116
Riskli Cinsel Davranış	Pearson Correlation	,056	1
	Sig, (2-tailed)	,552	
	N	116	116

Tablo 3.43'e bakıldığında yaşı ve riskli cinsel davranış arasındaki ilişkiye bakılmış, $p = 0,552$ yaş ve riskli cinsel davranış toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($P > 0,05$).

Tablo 3.44: Cinsel Yönelim ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki

		Riskli Cinsel Davranış	Cinsel Yönelim
Riskli Cinsel Davranış	Pearson Correlation	1	-,090
	Sig, (2-tailed)		,338
	N	116	116
Cinsel Yönelim	Pearson Correlation	-,090	1
	Sig, (2-tailed)	,338	
	N	116	116

Tablo 3.44’de cinsel yönelim ve riskli cinsel davranışlar arasında ilişkiye bakılmış, cinsel yönelim ve riskli cinsel davranış toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır $p = ,338$ ($p > 0,05$).

Tablo 3.45: Eğitim ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki

	Eğitim	N	Ortalama Sırası
Riskli Cinsel Davranış	1	22	62,32
	2	8	64,00
	3	25	61,42
	4	6	59,42
	5	39	59,10
	6	11	34,86
	7	4	51,63
	Total	115	

Tablo 3.46: Eğitim ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki Kruskal Wallis Testi

	Riskli Cinsel Davranış
Chi-Square	6,490
Df	6
Asymp, Sig,	,371
a, Kruskal Wallis Test	

Katılımcıların eğitim düzeyleri ve riskli cinsel davranışa arasındaki ilişkiye örneklem dağılımının küçük olması sebebi ile Kruskal Wallis Testi ile bakılmıştır. Örneklem okur- yazarlıktan, yükseköğrenime kadar gruplandırıldığında grupların ortalama değerleri arasında gözlenen yakınlık eğitim düzeyinin riskli cinsel davranış sergileme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 3.47: Cinsiyet ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki

Riskli Cinsel Davranış	N	Ortalama	Standart Sapma	t değeri	df	p değeri
Erkek	102	4,8333	2,58359	-1,103	114	0,272
Kadın	14	5,6429	2,49945			

Tablo 3.47’de cinsiyet ve riskli cinsel davranış arasındaki ilişkiye bakılmış, $p = 0,272$ ($P > 0,05$) cinsiyet ve riskli cinsel davranış toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($P > 0,05$).

Tablo 3.48: Plansız Gerçekleşen İlk Cinsel Temas ve Riskli Cinsel Temas Arasındaki İlişki

Riskli Cinsel Davranış	N	Ortalama	Standart Sapma	t değeri	df	p değeri
Planlı	49	4,51	2,49	-1,54	113	0,126
Plansız	66	5,25	2,62			

Tablo 3.48’de plansız gerçekleşen ilk cinsel temas ve riskli cinsel davranışlar arasındaki ilişkiye bakılmış, $p = 0,126$ ($P > 0,05$) plansız gerçekleşen ilk cinsel temas ve riskli cinsel temas arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($P > 0,05$).

Tablo 3.49: Ruh Sağlığı Desteği Ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki

Riskli Cinsel Davranış	N	Ortalama	Standart Sapma	t değeri	df	p değeri
Ruhsal Destek Alan	15	5,06	2,73	0,218	114	0,828
Ruhsal Destek Almayan	101	4,91	2,56			

Tablo 3.49’da ruh sağlığı desteği alanların ve ruh sağlığı desteği almayanların riskli cinsel davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında $p = 0,828$ ($P > 0,05$) ruh sağlığı desteği alan ve ruh sağlığı desteği almayan katılımcıların riskli cinsel davranış toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($P > 0,05$).

Tablo 3.50: Gelir Düzeyi ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki

	Gelir	N	Ortalama
Riskli Cinsel Davranış	1	5	50,20
	2	38	60,30
	3	61	57,53
	4	12	61,17
	Toplam	116	

Tablo 3.51: Gelir Düzeyi ve Riskli Cinsel Davranış Arasındaki İlişki Kruskal Wallis Testi

	Riskli_cinsel_davranis
Chi-Square	,548
df	3
Asymp, Sig,	,908
a, Kruskal Wallis Test	
b, Grouping Variable: Gelir	

Katılımcıların gelir düzeyleri ve riskli cinsel davranışları arasındaki ilişkiye örneklem dağılımının küçük olması sebebi ile Kruskal Wallis Testi ile bakılmıştır. Tablo 3.41’de katılımcıların gelir düzeyleri çok kötü ve çok iyiye kadar gruplandırıldığında grupların ortalama değerleri arasında gözlenen yakınlık gelir düzeyinin riskli cinsel davranış sergileme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir

Tablo 3.52: Geçmişte Madde Kullanımı, Çocukluk Travmaları Sıklığı Arasındaki İlişki

Ç.Ç.R.T.Ö	N	Ortalama	Standart Sapma	t değeri	df	p değeri
Madde Kullanımı Olan	26	61,19	11,54	3.578	114	0,001
Madde Kullanımı Olmayan	90	53,44	9,14			

Tablo 3.52’de geçmişte madde kullanımı olan ve geçmişte madde kullanımı olmayan katılımcıların ve çocukluk çağı ruhsal travmaları toplam puanlarına bakılmış ve madde kullanımı olan ve geçmişte madde kullanımı olmayan katılımcıların ve çocukluk çağı ruhsal travmaları toplam puanlarına arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır $p = ,001(p < 0.05)$. Madde kullanımı olanların, madde kullanımı olmayanlara göre daha yüksek Ç.Ç.R.T. toplam puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 3.53: HIV Hakkında Bilgi Sahibi Olan ve Virüs Hakkında Bilgisi Olmayanlar ve Riskli Cinsel Davranış Toplam Puanları

Riskli Cinsel Davranış	N	Ortalama	Standart Sapma	t değeri	df	p değeri
HIV bilgisi olan	45	4,33	2,19	-2,117	107,7	0,037
HIV bilgisi olmayan	71	5,30	2,73			

Tablo 3.53’de HIV hakkında bilgi sahibi olanların ve virüs hakkında bilgisi olmayanların riskli cinsel davranış toplam puanlarına bakılmış ve HIV hakkında bilgi sahibi olanların ve virüs hakkında bilgisi olmayanların riskli cinsel davranış toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir $p = 0,037 (P < 0,05)$.

Tablo 3.54: 16 yaşından önce ve 16 yaşından sonra cinsel istismara maruz kalma ve Riskli Cinsel Davranış Toplam Puanları

	Yaş	N	ORT	SD	t değeri	p değeri
Cinsel İstismar	16’ dan önce	28	5,00	.00	-8,307	0,000
	16’ dan sonra	27	12,66	4,79		

Tablo 3.54’de cinsel istismara uğradığını belirten olguların riskli cinsel davranışları incelendiğinde, 16 yaşından önce cinsel istismara maruz kalan olgular ile 16 yaşından sonra cinsel istismara maruz kalan olguların riskli cinsel davranış toplam puanlarına bakılmıştır. 16 yaşından önce cinsel istismara maruz kalan katılımcılar ile 16 yaşından sonra cinsel istismara maruz kalan katılımcıların riskli cinsel davranış toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir $p = 0,000$ ($P < 0,05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada HIV+ tanısı almış, tedavi gören olguların çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerini tespit etmek amacıyla “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği” ve riskli cinsel davranışlarını saptamak için “Cinsel Risk Alma Ölçeği” uygulanmış ve ikisinin arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın bu kısmında, araştırmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilen istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular, literatür çerçevesinde ele alınmıştır.

Araştırma veri formunda katılımcıların cinsiyetlerinin belirtilmesi istemiş ve 102 erkek, 14 kadın verisi değerlendirilmiştir. Türkiye 2019 Halk Sağlığı Merkezi istatistikleri ile örneklemdaki cinsiyet dağılımı paralellik göstermektedir. Öte yandan çalışmaya katılan 90 olgunun eşcinsel olduğu, 20’sinin heteroseksüel olduğu, 6’sının biseksüel olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1.). Katılımcılara virüsün olası bulaş yolu sorulduğunda, %90.5’i korunmasız gerçekleşen cinsel temas yolu ile bulaşın gerçekleştiğini belirtmiştir. Bu bulgu küresel olarak UNAIDS’in (2018) virüsün en sık gözlenen bulaş yolunun korunmasız gerçekleşen cinsel temas olduğu verisi ile doğrusallık gösterdiği gözlemlenmektedir (Tablo 3.4.).

Katılımcıların çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri oranlarına bakıldığında, en sık gözlemlenen çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyiminin duygusal ihmal olduğu, ikinci olarak sık deneyimlenen travmanın fiziksel ihmal olduğu gözlemlenmiştir. Daha sonra sırasıyla olguların duygusal istismara, fiziksel istismara, cinsel istismara maruz kaldığı görülmüş ve genel popülasyona oranla HIV+ bireylerin daha sık çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kaldığı gözlemlenmiştir (Tablo 3.17). Cohen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı çalışmada da, yapılan araştırmayı destekler niteliktedir. Buna göre HIV+ bireylerde çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarın genel popülasyonda gözlemlenenden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Örneklemden elde edilen verilere göre en sık görülen çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerinin, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal istismar olduğu gözlemlenmiş ve literatüre bakıldığında araştırma, daha önce yapılan çalışmalarla (Runyan ve ark., 2002; Topbaş, 2004; Taner ve Gökler, 2004). paralellik göstermiştir. Bu gözleme göre duygusal ihmalin sık görülen bir istismar türü olduğu, fiziksel istismara ve ihmale maruz kalan çocukların

aynı zamanda duygusal istismara maruz kalabileceği düşünülmektedir. Analiz sonuçlarına bakıldığında istismar türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo 3.39.). Bu sonuç bize istismara uğramış olmanın yeniden kurban olma deneyimine maruz kalındığını göstermekte bir istismar türünün varlığının olduğu durumlarda diğer istismar türlerinin varlığının da sorgulanması gerektiğine işaret etmektedir. Bundan sonra yapılacak olan araştırmalarda istismar ele alınırken izole yaklaşımlardan kaçınılması gerektiğini, kişilerin tekrar travmatize olmasını önlemek için erken müdahaleye ihtiyaç duyulabileceğini göstermektedir.

Koç ve arkadaşlarının 2012 yılında gerçekleştirdikleri araştırmada her iki cinsiyetinde çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi olan fiziksel istismara eşit şekilde maruz kaldığını bildirilmiştir. Ancak yapılan araştırmada, çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalma oranlarına bakıldığında, kadınların çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine daha sık maruz kaldığı görülmekte olup örneklemdeki kadın katılımcı sayısının azlığı nedeniyle istatistiksel olarak kanıtlanamamıştır (Tablo 3.40).

Son on yılda Türkiye’de çocuk istismarının yüzde yedi yüz arttığı dikkat çekmektedir. 2017 yılında Türkiye’de güvenlik birimlerine 335 bin 242 çocuğun getirildiği veya geldiği bu çocukların %46,2’sinin mağdur statüsünde olduğu tespit edilmiştir (TUIK,2017, Erişim: Temmuz 2019). Araştırmaya katılan örneklemde yalnızca 13 olgunun herhangi bir olumsuz çocukluk çağı yaşam deneyimine sahip olmadığı gözlemlenmiştir. Bu örneklemde çocukluk çağı travmalarının sıklığı literatürde incelenen araştırmalara oranla daha yüksek görülmektedir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalan bireylerin gelecekteki yaşamlarında riskli sağlık davranışları, ruh sağlığı problemleri gibi sonuçları olduğunu varsayan araştırmacılar, yaptıkları araştırmalarda bunu doğrulayan istatistiksel sonuçlar elde etmişlerdir (Topbaş, 2004; Tirali, 2013; King ve ark., 2003; Zaroğlu ve ark., 2001; Taner ve Gökler, 2004; Örsel ve ark., 2011; Kılıç ve Özçetin, 2018; Kara ve ark., 2004). Kamen ve arkadaşlarının 2012 yılında 167 HIV+ tanısı almış olgu ile yapılan çalışmada, katılımcıların %35,3’ü çocuklukta cinsel istismara uğradığı saptanmıştır ve bu bulgu araştırmada ortaya çıkan sonucu destekler niteliktedir. Bu araştırmada literatürdeki benzer araştırmalar ile uyumlu sonuçlar ortaya çıkarmış çocukluk çağı cinsel istismar oranının yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların devam eden riskli cinsel davranışları incelendiğinde, sıklıkla görülen riskli cinsel davranışların, tek gecelik cinsel temas olduğu ve katılımcıların %63'ünün düzenli kondom kullanımının olmadığı tespit edilmiştir. HIV+ tanısı almış erkeklerin ¼'inin korunmadan gerçekleştirdikleri cinsel temastan önce alkol kullandıkları, yoğun alkol kullanımı olan bireylerin, daha az alkol kullanan bireyler göre kondom kullanmaksızın gerçekleşen cinsel temas ve birden çok kişiyle gerçekleşen cinsel temas oranlarının beş kat daha fazla olduğu görülmüştür (Bakım ve arkadaşları,2006). Yapılan araştırmanın bulgularında katılımcıların %86,3'ünün cinsel temas öncesi alkol kullanımı olduğu görülmüştür. Bulgular Bakım ve arkadaşlarının 2006 yılında gerçekleştirdiği çalışmaları doğrular niteliktedir. Riskli cinsel davranışların alkol kullanımı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu araştırma sonucunda politika belirleyicilerin yoğun alkol kullanımı olan ortamlarda korunma yöntemlerinin ulaşılabilir olması konusunda teşvik ve bilinçlendirme çalışmaları yapmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Bir yüksek riskli cinsel davranış olarak kabul edilen anal ilişkinin yaşam boyu prevalansı tahminleri %6 ile %40 arasında değişmektedir (Baldwin ve Baldwin, 2000; McBride ve Fortenberry, 2010). Örneklemden elde edilen bulgular (%31,1) ile önceki çalışmaların istatistiksel oranları örtüşmektedir. Örneklemden elde edilen veriler ışığında kondom kullanım oranlarının düşük olması sebebi risk faktörlerine yönelik eğitici çalışmaların artırılması gerektiği önem arz etmektedir.

Türkiye'de cinsel temas ile bulaşan enfeksiyonlar hakkında gençlerin bilgi düzeylerin ölçüldüğü çalışmalara bakıldığında, gençlerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi düzeylerin yetersiz olduğu ve bu durumun olası üreme sağlığı sorunları konusunda risk barındırdığı gözlemlenmiştir (Elkin, 2015; Topbaş ve ark., 2003; Çalışkan ve ark., 2015; Yazganoğlu ve ark., 2011). Elde edilen bulgulara göre katılımcıların büyük bir bölümünün bulaş ve tanı öncesi virüs hakkında bilgisi olmadığı görülmüştür (Tablo 3.6.). Bilinç eksikliğinin yaygın olduğu, olası risklerin göz ardı edildiği ve sonuçların ön görülemediği yorumu her iki araştırmanın desteklediği bir söylem niteliğindedir. Kirby'nin 2011 yılında yaptığı araştırma bireysel seviyede partner sayısı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar arasındaki ilişkinin doğrusal olduğunu göstermiştir. Yapılan araştırmanın analizinde tanı almış olguların aynı dönemde birden

fazla eş ile cinsel temasa devam etme oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum Kirby'nin (2011) altını çizdiği doğrusal ilişkinin devamlılığının sürdüğüne dair örnek niteliğindedir.

Amerika'daki HIV vakaların olası bulaşının 1/3'ünden fazlasının madde kullanımıyla gerçekleştiği, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verileri ile HIV vakalarının yüzde yirmi beşinin damar içi madde kullanıcısı olduğu saptanmıştır. Literatür çalışmasında çok sayıda araştırma; madde kullanımı ve riskli cinsel davranışlar (cinsel temas, sık cinsel temas, birden fazla cinsel partnerle cinsel temas ve istenmeyen gebelik) arasında anlamlı bir ilişki olduğunun altını çizmektedir (Kirby, 2011). Ancak çalışmada madde kullanım oranının örneklemin genelinde düşük olduğu gözlemlenmiş ve bu sebeple riskli cinsel davranış ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalmanın madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, riskli cinsel davranışlar, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, suça eğilim olarak kendini gösterdiği belirtilmektedir (Karakaya ve Şişmanlar, 2011; Taner ve Gökler, 2004; Örsel ve ark., 2010; Franzin ve ark., 2014). Araştırmadan elde edilen bulgulara göre yalnızca çocukluk çağı ruhsal travmalarına daha sık maruz kalan olguların, madde kullanımının yoğun olduğu bu sebeple çocukluk çağı travmalarının madde kullanımı üzerinde anlamlı bir etki yarattığı gözlemlenmektedir. Analiz sonuçları, 16 yaşından önce kendi rızası dışında cinsel temasa başlayan bireylerin daha sık riskli cinsel davranışta bulunduğu, örneklemin geneline bakıldığında kendi rızaları ile erken başlayan cinsel temasın, riskli cinsel davranışlar üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığına işaret etmektedir. Ancak literatürde yer alan çalışmalar çıkan bulguları desteklememektedir (Fatusi ve Wang, 2009). Bu çelişkili sonuç temelde içinde yaşanılan toplumun kültürel normları ile açıklanmaya çalışılabilir. Türkiye'de geç başlayan cinsellik, cinselliğin üzerindeki baskıdan kaynaklandığı gibi tabu olarak değerlendirilen bu konular hakkında konuşulmadığı için ilerleyen yaşlarda cinsellik ile tanışılması kişilerin cinsel sağlık bilincinde olumlu etki yaratmamakta olup güvenli olmayan davranışları engellemediğini göstermektedir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimine maruz kalan bireylerin anlamlı bir şekilde riskli cinsel davranışlar sergilediği hem fiziksel hem de cinsel travmatik olayların

riskli cinsel davranışlarla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu saptanmıştır (Erel ve Gölge, 2014; Taner ve Gökler, 2004; Thompson ve ark., 2017; Wilson ve Widom, 2008). Analiz sonuçları erken yaşta cinsel istismara maruz kalmanın daha fazla riskli cinsel davranış sergileme ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatürde yer alan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Kişilerin duygu durumlarını düzenlemek için daha fazla cinsel eylem içinde olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada klinik bir örneklem kullanılmış olup örneklem İstanbul ilinde Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Birimi'nde HIV(+) tanısı almış tedavisine devam etmekte olan olgulardan oluşmaktadır. Hastane uzmanlarınca belirlenmiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada analiz edilen veriler çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği ile elde edilmiştir ve bu ölçek geriye dönük kendini değerlendirme ölçeğidir. Geriye dönük yapılan araştırmalarda, geçmişte deneyimlenen olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin uzun bir süre önce gerçekleşmiş olması ve bu anıların değiştirilmiş, çarpıtılmış veya bozulmuş anılar olabileceğinin altını çizilmektedir (Allen, 2008). Araştırmada katılımcıların güncel travmalarının ölçülmemiş olması ve travmatik yaşam deneyimlerinin birçok ruhsal bozukluk ile komorbiditeye sahip olması sebebi ile neden-sonuç ilişkisi kurulması oldukça zorlaşmaktadır.

Çalışmada kullanılan diğer ölçek cinsel risk alma ölçeğidir. Katılımcıların cinsel yaşamlarını ve riskli cinsel davranışlarını öz bildirim yolu ile değerlendirilmeleri istenmiştir. Cinsel yaşantıya dair alınan bilgilerin cinsel mitler ve toplumsal normlar, beğenilme ve mahremiyet kaygısını etkileme olasılığı mevcuttur. Özellikle madde kullanımı, eş sayısı ve kondom kullanımı sıklığını araştıran sorular karşısında katılımcıların sosyal kaygılarının varlığı göz önünde bulundurulmalıdır öte yandan araştırmanın hastane ortamında gerçekleşmesi sebebi ile katılımcıların gerçekliğe uygun yanıtlar vermekten kaçınmış olabilecekleri düşünülmelidir. Araştırmanın kesitsel bir çalışma olması sebebi ile neden-sonuç ilişkisi ileri sürmek için yeterli miktarda sağlıklı veri bulunmamaktadır. İleride bu alanda boylamsal ve çok yönlü araştırmaların yapılmasının literatürün derinleşmesine katkısı olacağı düşünülmektedir. Gelecekte bu tezin yazarı tarafından bu çalışmaların yapılması planlanmaktadır.

KAYNAKÇA

- Adak N. (2010) Çağın Vebası Aids:Hiv/Aids'e İlişkin Damgalama ve Ayrımcılık. *Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*,3(2).
- Aker A.T.(2012).*Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi
- Akgül Ö. , Çalışkan R. , Öner Y. (2018) HIV/AIDS Güncel Yaklaşımlar. Tıp Fakültesi Klinikleri,1:19-31
- Akın L (2006) Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26:655-665.
- Aktepe E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*;1:95-119.
- Allen, B. (2008). An Analysis of the Impact of Diverse Forms of Childhood Psychological Maltreatment on Emotional Adjustment in Early Adulthood. *Child Maltreatment*, 13(3), 307–312.

Alikaşıfoğlu, M., & Bilimdalı, A. (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, 63, 55-59

Alpaslan H.A.(2014) Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*; 15(2):194-201

Antiretroviral Tedaviye Giriş (2018) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<http://i-base.info/wp-content/uploads/2018/11/Intro-to-ART-May-2018-Turkish.pdf>

Aslan G.F., Altındış M.(2017) HIV'in Güncel Tanı Algoritmi Ve Gelişen Korunma Yöntemleri. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*,47(2):47-60

Asuma ve İmdat, Türkiye'de Çocuk İstismarı Raporu 2 (2018) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<http://imdat.org/wp-content/uploads/2018/05/RAPOR-%C3%87OCUK-%C4%B0ST%C4%B0SMARI-tam.pdf>

Asuma, Şiddeti Önleme Derneği ve İmdat, Çocuk İstismarına Yönelik Rapor(2016)ErişimTarihi;Mayıs,2019
<http://imdat.org/wpcontent/uploads/2016/05/%C3%87OCUK%C4%B0ST%C4%B0SMARINA-Y%C3%96NEL%C4%B0K-RAPOR.pdf>

Aysev A, Taner YI (2007). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (1.Baskı)

İstanbul: Golden Print, 2007;721- 36.

Babayiğit M.A., Bakır B.(2004) HIV Enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji Ve Koruma.

TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,3(11).

Bahar G, Savas H.A, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat*

Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12):51-65.

Baker A, Duncan S. (1985) Child Sexual Abuse: A Study Of Prevalence İn Great Britain.

Child Abuse Neg ;9(4):457-67.

Bakım B., Karamustafalıoğlu K.O., Öğütçen Ö., Yumrukçal H.(2006).HIV

Enfeksiyonunda Alkol Madde Kullanım Bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*;

7: 91-97

Baldwin, J. I., & Baldwin, J. D. (2000). *Archives of Sexual Behavior*, 29(4), 357–373.

Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., Phillips-

Howard, P. (2008). Sexual Uses Of Alcohol And Drugs And The

Associated Health Risks: A Cross Sectional Study of Young People in Nine European Cities. *BMC Public Health*, 8(1).

Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., Phillips-Howard, P. (2008). Sexual Uses of Alcohol and Drugs and the Associated Health Risks: A Cross Sectional Study of Young People in Nine European cities. *BMC Public Health*, 8(1).

Bengel J. (2001) International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences,,*Sexual Risk Behavior* ss; 14012-14018

Bilir, Ş., Meziyet, A., Dönmez, N. B., Atik, Ç & San, A. (1991). Türkiye'nin 16 İlinde 4-12 Yaşlar Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna İlişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 1(1).

Briere J.N., Scott C.(2016) *Travma Terapisinin Temel İlkeleri*(1.Baskı).(Betül Dilan Genç,Çev.) İstanbul: Bilgi

Bulut A, Nalbant H, Çokar M ve ark. (2002) Ergenlerin Sağlık Bilincini Geliştirilmesi Projesi. Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi. *İÜ İstanbul Tıp fakültesi*, Proje No:Tur/03/01.07/P07.

Center for Disease Control and Prevention (2019), Erişim Tarihi: Ağustos 2019
<https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>

Centers of Disease Control- CDCYouth Risk Behavior Surveillance System(2017) Erişim Tarihi;Mayıs,2019
<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>

Chandra-Mouli, V., Svanemyr, J., Amin, A., Fogstad, H., Say, L., Girard, F., Temmerman, M. (2015). Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights? *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S1–S6.

Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube, SR, Edwards VJ, Anda RF.(2004) Adverse Childhood Experiences and the Risk of Depressive Disordersin Adulthood. *Journal of Affective Disorders*; 82; 217-225.

Christ, C., de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., van Schaik, D. J. F., Kikkert, M. J., Messman-Moore, T. L. (2019). Linking Childhood Emotional Abuse and Depressive Symptoms: The Role of Emotion Dysregulation and Interpersonal Problems. *PLOS ONE*, 14(2).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Anal Sex (2011) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<http://www.cetad.org.tr/73/sik-sorulan-sorular/33/anal-seks>

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (2006) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/10/2692011154421Arastirma_sonuc_lari_Dosyasi_1.pdf

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Güvenli Cinsellik(2007) Erişim Tarihi; Mayıs,2019 <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/32/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>

Civic, D. (2000). College Students' Reasons for Nonuse of Condoms Within Dating Relationships. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 95–105.

Claxton, S. E., DeLuca, H. K., Van Dulmen, M. H. M. (2015). The Association Between Alcohol Use and Engagement in Casual Sexual Relationships and

Experiences: A Meta-Analytic Review of Non-Experimental Studies.
Archives of Sexual Behavior, 44(4), 837–856.

Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., Melnick, S.
(2000). Domestic Violence and Childhood Sexual Abuse in HIV-Infected
Women and Women at Risk For HIV. *American journal of public
health*, 90(4), 560.

Çalışkan T., Çevik C., Ergün S.(2015) Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan
Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Balıkesir
Sağlık Bilimleri Dergisi*; 4(1),27-31

Çolak B. , Kokurcan A. ve Özsan H.H.(2010,Ocak).’Dsm’ler Boyunca Travma
Kavramının Seyri’. *Kriz Dergisi*,18(3),19-25

Da Silva Franzin, L. C., Olandovski, M., Vettorazzi, M. L. T., Werneck, R. I., Moysés, S.
J., Kusma, S. Z., Moysés, S. T. (2014). Child and Adolescent Abuse and
Neglect in the City of Curitiba, Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 38(10),
1706–1714.

Diamond J.(2006). *Tüfek, Mikrop, Çelik* (17.Baskı). (Ülker İnce, Çev.) Ankara: Tubitak

DiIorio, C., Hartwell, T., Hansen, N. (2002). Childhood Sexual Abuse and Risk Behaviors Among Men at High Risk for HIV Infection. *American Journal of Public Health*, 92(2), 214–219.

Durex, Global Sex Survey (2015) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<https://www.scribd.com/document/308607094/Durex-Global-Sex-Survey-pdf>

Eaton, J. W., Hallett, T. B., Garnett, G. P. (2010). Concurrent Sexual Partnerships and Primary HIV Infection: A Critical Interaction. *AIDS and Behavior*, 15(4), 687–692.

Elkin N.(2015).Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgilerinin Araştırılması, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 8(1) ,1-14.

Elkind, D. (1999). *Çocuk ve Toplum* (1.Baskı).(Demet Öngen,Çev.) Ankara Üniversitesi Çocuk Kùltürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları No: 3

Erel Ö., Gölge Z.B.(2015). Üniversite Öğrencilerinde Riskli Davranışlar İle Çocukluk Çağı İstismar, Dürtüsellik Ve Riskli Davranışlar Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 16;3.

Farvid, P. (2010). The Benefits of Ambiguity: Methodological Insights from Researching “Heterosexual Casual Sex.” *Feminism & Psychology*, 20(2), 232–237.

Fatusi, A., Wang, W. (2009). Multiple Sexual Partnership Mediates the Association Between Early Sexual Debut and Sexually Transmitted Infection Among Adolescent and Young Adult Males in Nigeria. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 14(2), 134–143.

Fergusson M.D., Harwood J.L., Lynskey T.M. (1997) Childhood Sexual Abuse, Adolescent Sexual Behaviors and Sexual Revictimization. *Child Abuse & Neglect*, Vol.21,8:789- 803

Fiesta ,Güvenli Sex Araştırması(2011) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<https://mediacat.com/fiesta%C2%92nin-guvenli-seks-arastirmasi/>

Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., Todd, J. (2008). Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(1), 66.

Gökengin, D., Yamazhan, T., Özkaya, D., Aytuğ, S., Ertem, E., Arda, B., Serter, D. (2003). Sexual Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviors of Students in Turkey. *Journal of School Health*, 73(7), 258–263.

Güçlü S., Elem E., Unutkan A. (2015). Gençlerin Cinsel Sağlık Konusunda Bilgi Düzeylerini Artırıcı Bir Müdahale: Akran Eğitimi Projesi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*;4(4)

Herman J.L.(2007). *Travma ve İyileşme* (5.Baskı). (Tamer Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür

Hess, K. L., DiNenno, E., Sionean, C., Ivy, W., & Paz-Bailey, G. (2016). Prevalence and Correlates of Heterosexual Anal Intercourse Among Men and Women, 20 U.S. Cities. *AIDS and Behavior*, 20(12), 2966–2975.

Hiv/aids nedir? (2017) Erişim Tarihi; Ekim,2018
http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web-2017.pdf

Horowitz M.J.(1999). Essential Papers on Post Traumatic Stress Disorder. Newyork and London: New York University

Horwitz, A. V., Widom C. S., McLaughlin, J., White, H. R. (2001), The Impact Of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. Journal of Health and Social Behavior, 42(2), 184- 201.

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü HIV(2012), Erişim Tarihi; Mayıs 2019
<https://evrimagaci.org/insan-bagisiklik-yetmezligi-virusu-hiv-ve-sebep-oldugu-hastalik-aids-hakkinda-bilmeniz-gerekenler-343>

Jenness, S. M., Begier, E. M., Neaigus, A., Murrill, C. S., Wendel, T., Hagan, H. (2011). Unprotected Anal Intercourse and Sexually Transmitted Diseases in High-Risk Heterosexual Women. *American Journal of Public Health*, 101(4), 745–750.

Jensen E.F., Nutt E.A.(2017) *Ergen Beyni* (2. Baskı). (Can Evren Topaktaş, Çev.) İstanbul:Hep Kitap

Kamen, C., Bergstrom, J., Koopman, C., Lee, S., & Gore-Felton, C. (2012). Relationships Among Childhood Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Dissociation in Men Living with HIV/AIDS. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 102–114.

Kaplan ve Sadock B. J. (2016).Psikiyatri (11.Baskı). (A. Bozkurt, Çev.) İstanbul: Güneş Tıp

Kaplan, D. L., Jones, E. J., Olson, E. C., Yunzal-Butler, C. B. (2013). Early Age of First Sex and Health Risk in an Urban Adolescent Population. *Journal of School Health*, 83(5), 350–356.

Kara B., Biçer Ü., Gökalp A. S.(2004) Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47: 140 - 151

Karakaya I.,Şismanlar G.Ş. (2011) Travmatik Bir Yaşantı Olarak Şiddet Ve Çocuk. *Türkiye Klinikleri*, 4(2)

Kempe, C.H. & Helfer, R.E. (1972). Helping The Battered Child and His Family, Lippincott, 1972.

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, ve ark (2010) Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* ; 197: 378–385

Kılıç A., Özçetin M.(2018) Çocuk İstismarı Ve İhmalini Önlemede Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(3):107-112

Kıyıoğlu L. , Dönmez A. (2017) HIV/AIDS Riskini Arttıran Cinsel Davranışlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2):147:162

King, N. J., Heyne, D., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Rollings, S., & Ollendick, T. H. 2003). Sexually Abused Children Suffering From Post-traumatic Stress Disorder: Assessment and Treatment Strategies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(1), 2–12.

Kirby D (2011) Risky sexual behavior. *In Encyclopedia of Adolescence, Volume 3, 1st ed.* 264–275.

Kirby, D. (2002). Antecedents of Adolescent Initiation of Sex, Contraceptive Use, and Pregnancy. *American Journal of Health Behavior*, 26(6), 473–485.

Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Aslan A ve ark. (2012), Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularımızın Demografik ve Klinik Özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*; 47: 2

Kogan I.(2016). *Kendilikten Kaçış* (2.Baskı). (Banu Büyükkal,Çev.) İstanbul:Bilgi

Liebschutz, J. M., Geier, J. L., Horton, N. J., Chuang, C. H., Samet, J. H. (2005). Physical And Sexual Violence and Health Care Utilization in HIV-Infected Persons with Alcohol Problems. *AIDS Care*, 17(5), 566–578.

MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Beardslee, W. R. (2001). *Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878–1883.

Manhart, L. E., Aral, S. O., Holmes, K. K., Foxman, B. (2002). Sex Partner Concurrency. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(3), 133–143.

McBride, K. R., & Fortenberry, J. D. (2010). Heterosexual Anal Sexuality and Anal Sex Behaviors: A Review. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 123–136.

Mimiaga, M. J., Noonan, E., Donnell, D., Safren, S. A., Koenen, K. C., Gortmaker, S., Mayer, K. H. (2009). Childhood Sexual Abuse Is Highly Associated With HIV Risk-Taking Behavior and Infection Among MSM in the EXPLORE Study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(3), 340–348.

Molnar, B. E., Berkman, L. F., Buka, S. L. (2001). Psychopathology, Childhood Sexual Abuse and Other Childhood Adversities: Relative Links to Subsequent Suicidal Behaviour in the US, *Psychological Medicine*, 31(06).

Moore, A. A., Overstreet, C., Kendler, K. S., Dick, D. M., Adkins, A., Amstadter, A. B. (2017). Potentially Traumatic Events, Personality, and Risky Sexual Behavior In Undergraduate College Students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 105–112.

NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2002) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<https://www.drugabuse.gov/related-topics/hiv aids>

Nikiforuk A.(2000). Mahřerin Dördüncü Atlısı (1.Baskı). (Selahattin Erkanlı, Çev.)
İstanbul: İletişim

- Ovayolu N., Uçan Ö., Serindağ(2007). Çocuklarda Cinsel İstismar Ve Etkileri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*;2(4)
- Ögel K.(2005) Madde bağımlılığı ve HIV/AIDS ve *Cinsel Sağlık*;205-210
- Örsel S.,Karadağ H., Karaoğlu Kahiloğulları A., Akgün Aktaş E. (2010) Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ve Psikopatoloji İle İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*: 12:130-136
- Özkaya G. (2006), İnsan İmmün Yetmezlik Virüsünün Serüveni; Nereden Nereye? *Mikrobiyoloji Bülteni*, 40: 435 – 443
- 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(6):331-42
- Perry B.D., Szalavitz M.(2012). *Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk* (1.Baskı). (Elif Söğüt,Çev.) İstanbul:Okuyan
- Peterson, Z. D., Janssen, E., Goodrich, D., Fortenberry, J. D., Hensel, D. J., Heiman, J. R. (2017). Child Sexual Abuse and Negative Affect as Shared Risk Factors

for Sexual Aggression and Sexual HIV Risk Behavior in Heterosexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 465–480.

Polat O. (2004) Klinik Adli Tıp. Seçkin Yayıncılık (1. Baskı) Ankara; Seçkin 85-131.

Polat O.(2001) Cinsel istismar. *Çocuk ve şiddet*. İstanbul: Der; 207-314.

Putnam FW. (2003).Ten-Year Research Update Review. Child Sexual Abuse. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;42(3):269-78

Pylpchuk R, Marston C (2008) Factors Associated With Sexual Risk Behavior Among Young People in Ukraine. *Cent Eur J Public Health* ;16,165–174.

Runyan D, Corrine W, Ikeda R, ve ark.(2002)Child Abuse And Neglect By Parents And Other Caregivers. In: World Report On Violence And Health. *World Health Organization, Genova*,;57-86.

Russ Lenth's power and sample size (2016). Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<http://homepage.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power/oldversion.html>

Sandfort, T. G. M., Orr, M., Hirsch, J. S., Santelli, J. (2008). Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results From a National US Study. *American Journal of Public Health*, 98(1), 155–161.

Savaş N.(2015) HIV/AIDS İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/ Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics,1(3):29-36

Smith, M. ve Bentovim, A. (1999). Sexual Abuse (3.Baskı). Child and Adolescent Psychiatry New York.

Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F ve ark. (2014) Türkiye'nin Üç İlinde Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri Epidemiyolojik Çalışması. Türk Ped Arş ;49:47-56

Soydemir S.(2011).Modernizmin Karanlık Yüzü:Risk Toplumu. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi* ;Cilt 3, No 2.

Štulhofer, A., Graham, C., Božičević, I., Kufrin, K., & Ajduković, D. (2007). An Assessment of HIV/STI Vulnerability and Related Sexual Risk-Taking in

a Nationally Representative Sample of Young Croatian Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 209–225.

Şahin G. Ö., Sabuncu Z.(2000) HIV'nin kökenleri. HIV/AIDS Erişim Tarihi; Mayıs 2019
<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/81/Makale03.pdf>

Şar V., Öztürk E., İkikardeş E.(2012) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenirliliği. *Türkiye Klinikleri*,32(4): 1054
– 63

Şengöz G., Pehlivanoglu F. (2017) İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü/ Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu: Dünyada ve Türkiye’de Epidemiyolojik Değişimler. *Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği*, 55:248-53

Şimşek S., Önder C.F.(2011). Ergenlerde Davranış Problemlerinin, Anne-Babadan ve Öğretmenlerden Algılanan Duygusal İstismarın İncelenmesi. *İlköğretim Online*; 10(3),1124-1137.

Şimşek Z.,Koruk İ., Altındağ A.(2007). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları, *Toplum Hekimliği Bülteni*;26(3).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı (2017), Erişim Tarihi; Temmuz, 2019
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/h%C4%B1v-aids-istatistik.html>

Taner Y., Gökler B. (2004) Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35: 82-86

Thompson, R., Lewis, T., Neilson, E. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Margolis, B., Dubowitz, H. (2016). Child Maltreatment and Risky Sexual Behavior. *Child Maltreatment*, 22(1), 69–78.

Tıraşçı Y., Gören S.(2007).Çocuk İstismarı ve İhamli. *Dicle Tıp Dergisi*: 34: 1, (70-74).

Tıralı R.,Oğuz Y., Soydan S. (2014) Çocuk İstismarı ve İhmalinin Oral Bulguları. *Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*; 2014; 154-7.

Topbaş M., Çan G., Kapucu M. (2003).Trabzonda Bazı Liselerdeki Adolesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, *Gülhane Tıp Dergisi*; 45 (4) :331-337

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Ayıbı; Çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3, 76- 80.

TUİK, Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar(2018) Erişim Tarihi; Mayıs,2019

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=FSfpcPvXqQWd6pGPgdnskQ4DmhtJx9vGC4t8Lzbm1kssdGXzG08g!-474824615?id=27609>

Tümer A., Ünal S.(2001) HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. *Aile ve Toplum*, Cilt:1 S:4.

Türkiye’de Nüfus Haraketleri(2018) Erişim Tarihi; Mayıs,2019

<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

Uluslararası Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Vakfı (t.y.) Erişim Tarihi; Mayıs,2019

<http://www.ciioder.org/raporlar.html>

Uluslararası Çocuk Merkezi(t.y.) Erişim Tarihi; Mayıs,2019

<http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=25&kid=42>

UNAIDS DATA (2018), Erişim Tarihi; Mayıs 2019

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf

UNAIDS(2013), Erişim Tarihi; Mayıs 2019

<https://www.un.org/youthenvoy/2013/08/unaids-joint-united-nations-programme-on-hiv-aids/>

UNICEF, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (2004).Erişim Tarihi; Mayıs,2019

<https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dairs%C3%B6zle%C5%9Fme>

UNICEF, Riskler ve Çocuk Koruma (2015) Erişim Tarihi; Mayıs,2019

<http://unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=22&mnid=65>

Üreme ve Cinsel Sağlık Hakları Bildirgesi (ICC, 2019).Erişim Tarihi; Mayıs,2019

http://www.icc.org.tr/uploads/documents/uremehaklari/ureme-haklari_ICC.pdf

Van Der Kolk B.A.(2018) *Beden Kayıt Tutar*(1.Baskı).(Nurdan Cihanşümül Maral,Çev.)

İstanbul:Nobel Yaşam

Wentland, J. J., & Reissing, E. (2014). Casual Sexual Relationships: Identifying Definitions for One Night Stands, Booty Calls, Fuck Buddies, and Friends with Benefits. *The Canadian Journal Of Human Sexuality*; 23(3), 167–177.

Whetten, K., Leserman, J., Lowe, K., Stangl, D., Thielman, N., Swartz, M., Van Scoyoc, L. (2006). Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Physical Trauma in an HIV-Positive Sample From the Deep South. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1028–1030.

WHO, Alkol Kullanımının Riskleri(2018) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

WHO, Child Sexual Abuse(t.y.) Erişim Tarihi; Mayıs,2019
https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf

Wilson, H. W., Widom, C. S. (2008). An Examination of Risky Sexual Behavior and HIV in Victims of Child Abuse And Neglect: A 30-Year Follow-Up. *Health Psychology*, 27(2), 149–158.

World Health Organisation,Child Maltreatment (WHO), (2016). Erişim Tarihi;
Mayıs,2019

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

World Health Organisation (WHO), (2015) Erişim Tarihi; Kasım,2019
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood Emotional Maltreatment and Later Psychological Distress Among College Students: The Mediating Role of Maladaptive Schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68.

Yaşar Z.F., Akduman G.G.(2007) Çocuk İhmali-İstismarı ve Adli Diş Hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* ; 6:389-94

Yazganoğlu, K. D., Özarmaęan, G., Tozeren, A., & Özgülnar, N. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Turkderm*, 46(1), 20–25.

Zoroğlu S.S., Tüzün Ü., Şar V., Öztürk M., Kora E.M., Alyanak B. (2001). Çocukluk
Dönemi İstismar ve İhmalin Olası Sonuçları, *Anadolu Psikiyatri*
Dergisi:2(2):69-78

3. EKLER

EK- 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz(Biyolojik):

3. Cinsiyetinizi nasıl tanımlarsınız:

4. Eğitim Durumunuz:

5. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü

6.HIV(+) size nasıl bulaştığını düşünüyorsunuz?

a) Cinsel Temas

b) Kan ve kan ürünleri

c) Anneden geçiş

7. İlk cinsel birleşmeniz planlı mıydı?

a) Evet

b) Hayır

8. Cinsel yöneliminiz nedir?

a) Karşıt cinsiyete yönelimliyim.

b) Aynı cinsiyete yönelimliyim.

c) Her iki cinsiyete de yönelimliyim. İki cinsiyete de cinsel ve duygusal yönden ilgi duymaktayım.

9. HIV(+) tanısını almadan önce virüs hakkında bilginiz var mıydı?

a) Evet b)Hayır

10. HIV(+) tanısını aldığınızda etrafınızda süreci kolaylaştıracak yeterli sosyal desteğe sahip miydiniz?

a)Evet b) Hayır

EK:2

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMLARI ÖLÇEĞİ

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde;	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sıklıkla	Çok Sık Olarak
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10.Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde;	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sıklıkla	Çok Sık Olarak
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemden birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissedereklerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.)					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.					

EK:3

CİNSEL RİSK ALMA ÖLÇEĞİ

1) Tüm hayatınız boyunca hiç ters (anal) ilişkiye girdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

2) Son 12 ay içerisinde hiç tek gecelik cinsel ilişkiye girdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

3) Son cinsel ilişkinizde kondom kullandınız mı?

a) Evet

b) Hayır

4) Son 12 ay içerisinde sizden 10 yaş ya da daha büyük birisiyle cinsel ilişkiye girdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

5) Birden fazla kişiyle aynı dönemde cinsel ilişkiniz oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

6) Tüm hayatınız boyunca toplam kaç kişiyle cinsel ilişkiye girdiğinizi yazınız.....

7) Son 12 ay içerisinde girdiğiniz cinsel ilişkilerde düzenli olarak kondom kullandınız mı?

a) Hiç kondom kullanmadım

b) Bazen kullandım

c) Sıklıkla kullandım

d) Her zaman kullandım

8) Hiç cinsel ilişkiden önce alkol kullandığınız oldu mu?

a) Hiç alkol kullanmadım

b) Bazen kullandım

c) Sıklıkla kullandım

9) Hiç cinsel ilişkiden önce yasadışı uyuşturucu madde kullandığınız oldu mu?

a) Hiç uyuşturucu madde kullanmadım

b) Bazen kullandım

c) Sıklıkla kullandım

10) İlk cinsel temas yaşınızı yazınız.....

**ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU/RESULT OF EVALUATION BY
THE ETHICS COMMITTEE**

(Bu bölüm İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul tarafından doldurulacaktır /This section to be completed by the Committee on Ethics in research on Humans)

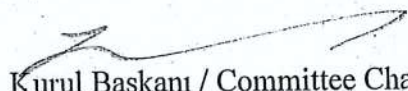
Başvuru Sahibi / Applicant: Seda Sakınmaz

Proje Başlığı / Project Title: HIV (+) Tanısı Almış, Tedavi Gören Olgularda;Çocukluk Çağı Cinsel Travmaları ve Riskli Davranışlar Arasındaki İlişki

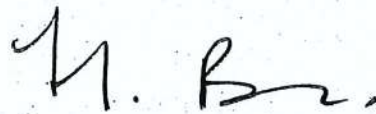
Proje No. / Project Number: 2018-20845-129

1.	Herhangi bir değişikliğe gerek yoktur / There is no need for revision	XX
2.	Ret/ Application Rejected Reddin gerekçesi / Reason for Rejection	

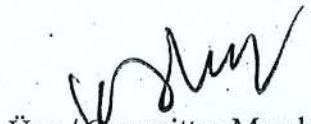
Değerlendirme Tarihi / Date of Evaluation: 13 Aralık 2018


Kurul Başkanı / Committee Chair

Doç. Dr. Itir Erhart


Üye / Committee Member

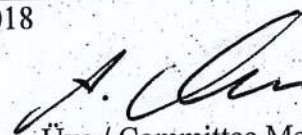
Prof. Dr. Hale Bolak


Üye / Committee Member

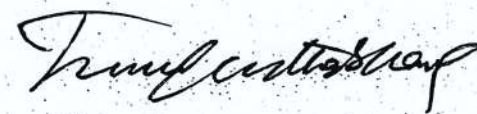
Prof. Dr. Koray Akay


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Ayhan Özgür Toy


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Aslı Tunç


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Turgut Tarhanlı


Üye / Committee Member

Prof. Dr. Ali Demirci