

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDA BİLGİ VE
FARKINDALIK DÜZEYLERİ

Dr. Sümeyra NİZAM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN

ZONGULDAK

2022

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDA BİLGİ VE
FARKINDALIK DÜZEYLERİ

Dr. Sümeyra NİZAM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN

ZONGULDAK

2022

ÖNSÖZ

Başta uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, kıymetli bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli tez hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN'a,

Uzmanlık eğitimim süresince farklı bakış açıları, bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Erol AKTUNÇ, Prof. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA ve Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ'e,

Gerek tıp fakültesi gerekse asistanlığım boyunca tüm zorlukları birlikte göğüslediğimiz, her zaman desteğiyle yanımda olup cesaretlendiren canım eşim Mahmut Sami Nizam'a ve bu süreçte desteklerini bizden esirgemeyen kıymetli ailesine,

Hayatımıza renk, neşe ve güzellik katan, bana tüm zorluklara rağmen güçlü ve sabırlı olmayı öğreten ikizlerimiz Amine ve Meryem'e,

Her koşulda, maddi manevi yanımda olan, ellerini hep üzerimde hissettiğim, bu günlere gelmeme vesile olan canım aileme,

Uzakta da olsalar desteklerini yürekten hissettiğim canım dostlarım; İyigün Gedik, Zeynep Celile Elmacı, Berku Günal, Kübra Aksoy, Vildan Sönmez'e,

Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalıştığımız asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimize ve personellerimize bana kattıklarından dolayı

Teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Sümevra NİZAM, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Ve Farkındalık Düzeyleri, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2022.

Amaç: Çalışmamızın amacı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma durumunu, konu ile ilgili bilgi düzeylerini, olası vakalara yaklaşımlarını, bunların sosyo-demografik verilerle olan ilişkisini değerlendirmekle beraber hekimlerin tanı, bildirim ve önleme konularında duyarlılıklarının artırılması, eğitim ihtiyaçlarını belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 01.09.2022 – 20.10.2022 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan tıpta uzmanlık öğrencileri ile anket yoluyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu” kullanılmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemle analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmamızda katılımcıların %52,2’sinin tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim aldığı, eğitim alanların %74,5’inin aldığı eğitimi yeterli bulmadığı görülmüştür. Eğitim alan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımada eğitim almayan katılımcılara oranla bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan hekimlerin %35,1’inin bildirim konusunda çekimser davrandığı görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamıza katılan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konularında bildirim ve vaka yaklaşımı gibi bazı alanlarda bilgi ve farkındalık eksiklikleri olduğu saptanmıştır. Hekimlerin gerek mezuniyet öncesi derslerle gerekse mezuniyet sonrası planlanan hizmet içi eğitimlerle çocuk istismarı ve ihmali gibi tanısı zor, atlanması kolay bir konuda yeterli bilgi ve farkındalığa ulaşmaları sağlanmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk istismarı, Çocuk ihmali, Tıpta uzmanlık öğrencileri, Bilgi ve farkındalık*

ABSTRACT

Sümeýra NİZAM, Knowledge and Awareness Levels of Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty Medical Residentst on Child Abuse and Neglect, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialty Thesis in Medicine, 2022.

Objective: The aim of our study is to evaluate the status of recognizing the symptoms and risks of child abuse and neglect of Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty specialty students, their level of knowledge on the subject, their approach to possible cases, their relationship with socio-demographic data, and to increase the sensitivity of physicians on diagnosis, notification and prevention, training determining their needs.

Materials and Methods: The research was conducted through a questionnaire with medical residents working at Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty Hospital between 01.09.2022 and 20.10.2022. It is a descriptive cross-sectional study. Personal information form and "Scale Form for Diagnosing the Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect" were used as data collection tools in the study. The obtained data were analyzed with the appropriate statistical method.

Results: In our study, it was seen that 52.2% of the participants received training on child abuse and neglect before graduation at the medical school, and 74.5% of the trainees did not find the education they received sufficient. It was found that the knowledge level of the participants who received training in recognizing the symptoms and risks of child abuse and neglect was higher than the participants who did not receive training. It was observed that 35.1% of the physicians who encountered child abuse and neglect were reluctant to report.

Conclusion: It has been determined that the physicians participating in this study lack knowledge and awareness in some areas such as reporting and case approach on child abuse and neglect. It should be tried to ensure that physicians reach sufficient information and awareness on a difficult to diagnose and easy to miss subject such as child abuse and neglect, both through pre-graduate courses and in-service trainings planned after graduation.

Keywords: *Child abuse, Child neglect, Medical residents, Knowledge and awareness*

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	Sayfa
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuk	4
2.2. Çocuk Hakları	4
2.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Tarihçesi	5
2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tipleri	6
2.4.1. Fiziksel İstismar	6
2.4.1.1. Fiziksel İstismarda Tanı ve Klinik Bulgular	7
2.4.1.2. İstismara Bağlı Kafa Travması (Sarsılmış Bebek Sendromu)	10
2.4.1.3. Bir Çocuk İstismarı Tipi Olarak: Münchausen by Proxy Sendromu	11
2.4.2. Cinsel istismar	12
2.4.2.1. Aile İçi Cinsel İstismar: Ensest	15
2.4.3. Duygusal İstismar	15
2.4.4. Çocuk İhmali	16
2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Risk Faktörleri	18
2.6. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Görülme Sıklığı	20
2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi	21
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmaline Hekimlerin Yaklaşımları	22
2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sonuçları	24

2.9.1. Çocuklara Karşı Kötü Muamele ve Onların Gelişim Halindeki Beyinlerine Verdiği Zarar	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Amacı	26
3.2. Araştırmanın Tipi	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	27
3.7. Araştırmanın Hipotezi	27
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönleri	27
3.10. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	28
3.10.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-2)	28
3.10.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (ÇİİBRTYÖF) (EK-3)	28
3.11. Verilerin Analizi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇLAR	49
7. KAYNAKLAR	51
8. EKLER	61
Ek 1: Etik Kurul Onayı	61
Ek 2: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımaya Yönelik Ölçek Formu (ÇİİBRTYÖF)	62
Ek 3: Kişisel Bilgi Formu	66
Ek 4: Ölçek İzni	67

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge/Kısaltma	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devleti
ÇİVİ	Çocuk İstismarı ve ihmali
ÇİİBRTYÖ	Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
TCK	Türk Ceza Kanunu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLolar DİZİNİ

Tablonun Numarası	Tablonun Başlığı	Sayfa No
1	Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	31
2	Katılımcıların çocuk istismarı sorularına verdikleri cevapların dağılımı	33
3	Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri	34
4	Katılımcıların Yaşlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	34
5	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	35
6	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	35
7	Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	36
8	Katılımcıların Tıp Fakültesi Mezuniyet Sürelerine Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	36
9	Katılımcıların Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Çocuk İstismarı Ve İhmali Konularında Eğitim Alma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	37
10	Katılımcıların Çalışma Hayatı Boyunca Çocuk İstismarı Ve/Veya İhmali Vakalarıyla Karşılaşma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	37
11	Katılımcıların Çalıştığı Kurumda Herhangi Bir Olguda Çocuk İstismarından Şüphe Duyduğunda Ne Yapması Gerektiğini Bilme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
12	Katılımcıların Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Eğitim Almak İsteme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil Numarası	Şekil Başlığı	Sayfa No
1	Katılımcıların cinsiyet dağılımları	32
2	Katılımcıların medeni durum dağılımları	32



1. GİRİŞ

Çocuk istismarı ve ihmali geçmişten beri süregelen, günümüzde vaka ve bildirimlerdeki artışlar nedeni ile gündemde yer alan tıbbi, psiko-sosyal, hukuksal boyutları olan bir halk sağlığı problemidir (1).

Günümüzde çocuk istismarı ve ihmali çocuğa karşı kötü muamele adı altında incelenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuğa karşı kötü muameleyi; “0-17 yaş arasındaki bebek, çocuk ve ergenlere genellikle ebeveynleri/bakıcıları veya diğer yetkili kişiler tarafından çoğunlukla ev, okul, yurt gibi yerlerde uygulanan fiziksel, cinsel ve psikolojik/duygusal şiddet ve ihmal.” şeklinde tanımlamaktadır (2).

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ); fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 grup altında ele alınmaktadır.

Fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. Bulgularının saptanması en kolay istismar türüdür.

Cinsel istismar; bir yetişkinin çocuğa, çocuğun tam olarak algılayamadığı, algılasa dahi rıza gösteremeyeceği cinsel faaliyetlerde bulunması olarak tanımlanmaktadır.

Duygusal istismar; aşağılama, görmezden gelme, azarlama gibi çocuğu korkutan, ileride çocuğun ruh sağlığını bozabilecek eylemleri içerir.

Çocuğa karşı kötü muamelenin en yaygın şekli olan ihmal ise yetersiz sağlık bakımı, eğitim, koruma, gıda ve giyim gibi temel ihtiyaçları karşılamama şeklinde tanımlanmaktadır (3).

Toplumlarda, çocuklara karşı uygulanan kötü muamele genelde gizli kaldığından insidansı net olarak saptanamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından her 4 yetişkinden birinin çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kaldığı, kadınların %20’inin, erkeklerin %8’inin cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir. Çocuk istismarlarının %78’i ihmal, %18’i fiziksel ve %9’u cinsel istismar şeklindedir. Çocuk istismarlarının 1 yıl içerisindeki ölüm oranı 2,2/1000’dir. Bu oranlara dayanılarak çocuk istismarı dünyada 1 yaşından küçük çocuklarda ikinci ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (6,7).

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünyada görüldüğü gibi Türkiye’de de sık rastlanılan ciddi bir halk sağlığı problemidir. Ülkemizde çocuklar üzerinde yapılan bir

çalışmada, fiziksel istismar sıklığının diğer ülkelere göre daha yaygın olduğu görülmektedir. Bunun sebebi dayanın bir eğitim aracı olarak görülmesi olduğu düşünülmektedir (4). Türkiye İstatistik Kurumu'ndan (TÜİK) 2020'de elde edilen bilgilere göre emniyet birimlerine bir yıl içerisinde 150.615 çocuğun mağdur olarak getirildiği, bu çocukların %55,3'ü fiziksel hasar, %12,2'si cinsel suçlar, %4,5'i tehdit içeren duygusal sömürü nedeniyle mağduriyet yaşadığı kaydedilmiştir (5).

Çocuklara karşı kötü muamelenin çocuk üzerinde yol açtığı fiziksel etkilerinin yanı sıra ruhsal ve davranışsal olumsuz etkileri mevcuttur. İstismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi öğrenme güçlükleri, reddedilme gibi akran sorunları, depresyon, anksiyete, davranış bozukluğu, saldırganlık gibi psikiyatrik sorunlar meydana gelebilmektedir. Yine bu çocuklar yetişkinlik dönemlerinde psikiyatrik bozukluklar, madde kullanımı, ciddi tıbbi hastalıklar ve düşük ekonomik üretkenlik için toplumdaki diğer kişilere göre daha yüksek risklidir. İstismara uğrayan çocukların ileride istismarcı ebeveynler olma olasılığının da arttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (8).

Çocuk istismarı, genelde çocuğa en yakınları tarafından yapılması, tekrarlanması ve çocuğun şu andaki ve gelecekteki ruhsal ve fiziksel sağlığını etkilemesi nedeniyle teşhisi ve tedavisi en zor travma türüdür. Bu nedenle pek çok hastalıkta olduğu gibi çocuk istismarı da önlenebilir ve erken teşhis edildiğinde mağdurun hayatının kurtarılabilirdiği bir sağlık sorunudur. Bu durumda hekimlere büyük sorumluluk düşmektedir (1).

Çocuk istismarı teşhis edildiğinde ilgili birimlere mutlaka bildirilmelidir. Türk Ceza Kanunu (TCK) 280. maddesi uyarınca sağlık mensubu kişilerin görevlerini yaptıkları sırada karşılaştıkları çocuk istismarı vakasını bildirmedikleri takdirde altı ay ile iki yıl arası hapis cezası öngörülmektedir. Sağlık mesleği mensubu kişileri hekim, diş hekimi, ebe, eczacı, hemşire ve diğer sağlık çalışanları oluşturmaktadır (9).

Pek çok çocuk istismarı vakası, sağlık mensubu kişiler tarafından sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Bu çocukların genel çocuk popülasyonuna göre tanı öncesi çok sayıda acil başvurusu olduğu fakat tanıda gecikildiği görülmektedir. Çocuk istismarı tanısının konulabilmesi için hekimin emin olması gerekmez, istismar konusunda makul bir şüpheye sahip olması yeterli olacaktır (7,10).

Tıp fakültesinden mezun olmuş tüm hekimlerin ÇİVİ konularında yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmaları, olası vaka ile karşılaştıklarında izleyeceği yolların bilincinde olmaları gerekmektedir. Aksi takdirde zaten tanısında güçlükler bulunan ve toplum baskısı nedeniyle örtbas edilmeye çalışılan durumların saptanması daha da zorlaşacaktır.

Yeterli bilgi ve farkındalık ile çocuk istismarı ve ihmalden doğabilecek sonuçlar yönetilebilir. Çocuğun sağ kalımını, ruhsal durumunu yakından ilgilendiren bu denli önemli bir problemle karşılaşıldığında atılacak doğru adımlar çocuğun hayatını kurtarmakla kalmayıp yetişkinlik döneminde de toplum içerisinde daha normal bir birey olmasını sağlamaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalar ile çocuğun bir kez istismara uğraması tekrar istismar edilmesi için tek başına yeterli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda bir kez istismarın saptanıp ilgili birimlere bildirilmesi çocuğa uygulanabilecek diğer istismarları önlemektedir (11).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanısında, etkilerini yönetmekte ve tekrar gelişmesinin önlemekte tıp doktorlarına büyük görev düşmektedir. Yapılan birçok çalışmada hekimlerin bilgi ve farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı, bildirim konusunda çekimser davrandıkları ortaya konulmuştur.

Bu çalışmamızda Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma durumları, konu ile ilgili bilgi düzeylerini, olası vakalara yaklaşımlarını, bunların sosyo-demografik verilerle olan ilişkisini değerlendirmekle beraber hekimlerin tanı, bildirim ve önleme konularında duyarlılıklarının artırılması, eğitim çalışmalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde belirtildiği üzere 18 yaşından küçük her birey çocuk kabul edilmektedir. Toplumların geleceğinin teminatı olan çocuklar henüz fiziksel, zihinsel ve ruhsal gelişimini tamamlamadıkları için korunmaya muhtaçtırlar (12).

Gençlik ve yetişkinlik dönemleri çocuklukta şekillenir. Bireyin kişiliği, ruh sağlığı, beden sağlığı geçirdiği çocukluk ile yakından ilgilidir. Bu sebeple gelişmiş toplumlarda devlet politikalarında çocukların eğitimi, sağlığı ve sosyal haklarına büyük önem verilmektedir (13).

2.2. Çocuk Hakları

Çocuklar geçmiş toplumlar tarafından hem korunan hem de birçok yönden istismar edilen varlıklar olmuştur. Başlarda yalnızca iş gücü olarak görülen çocukların zaman içerisinde diğer insanlar gibi haklarının olabileceği düşüncesi gelişmiştir. Bunun sonucunda uluslararası bildiriler ve çocuk hakları sözleşmeleri kabul edilmiştir. Bu bildiri ve sözleşmelerle çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin sağlanması amaçlanmıştır. (14).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesine göre taraf devletler çocuk haklarını 4 temel kriteri göz önünde bulundurarak yasa ve uygulamalarını gerçekleştirmelidir. Bunlar; hiçbir ayırım gözetmeksizin tüm çocuklara tanınması, çocukların hayatını sürdürme ve gelişme haklarının korunması, çocuğun kendi ile ilgili durumlarda verilecek kararlarda fikirlerinin alınıp sürece ortak olması ve düşüncelerini ortaya koyması konusunda teşvik edilmesi şeklinde sıralanmaktadır. (15).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesine göre bu sözleşmeye dâhil olan devletler, çocuğa bakmakla yükümlü bir kişinin yanında iken fiziksel ve duygusal şiddet, ihmale, tecavüz gibi her türlü istismar ve ihmale karşı korunması için; gerek yasal gerekse toplumsal bütün önlemleri almalıdırlar. Çocuğa karşı kötü muameleye karşı alınan koruyucu önlemler olay gerçekleşmeden önce veya

gerçekleştikten sonra bildirim, soruşturma, tedavi ve izlem sürecini de içermelidir. Ayrıca mağdur ve bakımını üstlenen kişilere gerekli desteği sağlamalıdır. (16).

Tüm bunlara rağmen bebek ölüm hızının yüksek oluşu, beslenememe, çocuk fuhuşu, sokakta yaşayan çocukların olması, kötü yaşam koşullarına sahip olmaları, çocukların hapsedilmesi, şiddet içerikli olaylara karışmaları gibi çocuk istismarı ve ihmalinin ne kadar sık meydana geldiğini gösteren durumlar günümüzde devam etmektedir. Bu durum tüm dünya ülkeleri tarafından kabul gören başka bir sözleşmenin gerekliliğini, uluslararası düzeyde sorunla etkin ve devamlı bir mücadele ihtiyacını göstermektedir (17).

2.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Tarihçesi

Çocuk istismarı; çocukların ebeveynleri, onlara bakım veren ve eğiten kişiler veya yabancılar tarafından yapılan, beden ve/veya ruhsal olarak iyilik halini bozan, fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişmelerini kötü etkileyen davranışlardır. Bu tür davranışların istismar sayılabilmesi için, erişkin tarafından bilinçli yapılması veya çocuğun algılaması şartı yoktur (18).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında çocuk istismarı "Bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı ve gelişimi açısından zararlı sonuçlar doğurabilecek her türlü kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ticari amaçlı, ya da başka tür sömürülmesi." şeklinde tanımlamaktadır (19).

İhmal çocukların beden ve ruh sağlıkları ve gelişmeleri için gerekli olan beslenme, giyinme, korunma, sevgi, denetim ve eğitim gibi temel gereksinimlerinin ebeveynleri veya bakmakla yükümlü olan kişilerce giderilmemesi şeklinde tanımlanmıştır. İstismarın aktif ihmalin pasif bir eylem olmasına karşın bazı durumlarda ihmalin etkileri istismardan daha yıkıcı olabilmektedir (20).

Yazılı tarihin başlangıcından itibaren çocuk istismarı kavramına rastlanmasına rağmen son yüzyılda ilgileri üzerine çekebilmiştir. Çocuk istismarı ile alakalı tıp alanında yapılan ilk tanımı, Fransız hekim Ambres Tardieu 1860 senesinde yapmıştır. Ardından 1946'da Caffey, subdural hematoma, kosta fraktürleri, uzun kemik fraktürleri ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. İlk kez 1962'de Kempe, "hırpalanmış çocuk" (battered child) terimini kullanmış, sonrasında yerine "çocuk

istismarı” (child abuse) terimi kullanılmıştır.(21,22) Garbarino ve Gilliam 1980 yılında çocuğa zarar verilen durumların uzmanlar tarafından dikkatli bir şekilde incelenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Cinsel istismar kavramına 1970’lerde dikkat çekilmiş olup 1980’lerde de duygusal istismarın öneminden bahsedilmeye başlanmıştır (23).

2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tipleri

Çocuk istismarı ve ihmali fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere 4 ana grupta ele alınmaktadır (24).

2.4.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar en kapsamlı manada “çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanabilmektedir. Sıkça rastlanan ve fiziksel bulguları aşikâr olduğundan saptanması en kolay olan istismar türüdür (25).

Dünya Sağlık Örgütü fiziksel istismarı; “çocuk üzerinde hâkimiyet kurma, boyun eğdirme, cezalandırma ya da kızgınlığı giderme gibi sebeplerle elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak, boğularak, zehirlenerek ya da ısırılarak çocuğa zarar verilmesi.” şeklinde tanımlamıştır (26).

Türkiye İstatistik Kurumu ve Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğünün 2016 yılında yaptığı araştırmaya göre annelerin çocuklara ceza yöntemi olarak %76,2’sinin azarladığı, %47,3’ü interneti yasakladığı, %41,2’si televizyon yasağı uyguladığı, %37,5’inin tokat attığı %25,6’sının dövdüğü bildirilmiştir. Duygusal ve fiziksel istismar oranlarının azımsanamayacak kadar çok olduğu bu araştırmada da göze çarpmaktadır (27). Güler ve arkadaşlarının çocuklara bakım veren anneler ile yaptığı bir araştırmada annelerin %87,4’ünün çocuklarını fiziksel istismar/ihmal uyguladığı ortaya konulmuştur (28).

Fiziksel ceza hala pek çok toplumda bir terbiye yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bu sebeple diğer istismar türlerine göre daha çok rastlanmaktadır. Türkiye’de de fiziksel istismara uğrayan çocukların sayısının bildirilen rakamların çok daha üzerinde olduğu (%20-36) geriye yönelik yapılan çalışmalar sayesinde görülebilmektedir.

Fiziksel istismar sıklıkla 3 yaş altında görülse de her yaş grubunda karşımıza çıkabilmektedir. Fiziksel istismar mağduru çocuklar esasen erken dönemde farklı bulgularla sağlık kuruluşuna başvurmasına rağmen, çoğunlukla tanı konulamadığı için çocukların yaklaşık %35'i tekrar istismara maruz kalmaktadır. Hatta bu çocukların %5-10 kadarı şiddet nedeniyle yaşamlarını yitirmektedir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi için dikkatli alınan öykü ve yapılan fizik muayene hayati önem taşımaktadır (29).

Çocukların yaklaşık %20'si fiziksel istismar sonucu yaralanmakta ve bunların sadece %0,1'i teşhis edilebilmektedir. Hekimler bu kaza dışı yaralanmaların ancak %20 sinin bildirimini yapabilmektedir. Bunun sebebinin ise bildirim konusunda yetersiz bilgi ve farkındalık olduğu düşünülmektedir (30,31).

2.4.1.1. Fiziksel İstismarda Tanı ve Klinik Bulgular

Çocuklar sık kaza geçirmelerine rağmen kaza olduğu söylenen yaralanmanın çocuğun yaşına uygun olmaması, çocuğun kendi kendine yapma olasılığının olmaması istismar şüphesi uyandırmalıdır. Yaralanmadan başka bir çocuk suçlanıyorsa da o çocuğun da yapıp yapamayacağı dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır (21).

Kliniğe başvuran çocukta anamnez ve fizik muayene sırasında karşılaşılabilecek şu durumlar hekimde istismar şüphesi uyandırmalıdır;

- Belirtilen kaza sonrası hastane başvurusunda açıklanamayan gecikme
- Anamnezin çocuğun fizik bulguları ile çelişkili olması,
- Birden fazla şüpheli travma bulgusu olması,
- Ebeveynin kazayı çocuğun kendisinin, kardeşin veya üçüncü bir şahsın yaptığını söylemesi,
- Çocuğun çok kez farklı farklı hastanelere götürülmesi,
- Çocuğun ebeveynlerinin ona zarar verdiğini söylemesi,
- Anne-baba veya bakıcının çocuğun bilişsel ve fiziksel gelişimine uygun ve gerçekçi olmayan beklentileri olması,
- Muayene sırasında çocuğun çok hassas veya duyarsız olması,
- Ağrılı uyaranlara karşı tepkisinin az olması,
- Anlatılan öykü zamanından farklı zamana ait bulgular olması,

- Farklı şekillerde yanık ve kesiklerin bir arada görülmesi,
- Bir tek etkenle oluşmuş birden çok yara izinin bulunması (çoklu sigara yanığı gibi),
- Bazı yaraların örtülerek gizlenmeye çalışılması,
- Kaza ile yaralanması beklenmeyen, dil, dudak ve frenulum gibi yerlerde lezyonlar olması,
- Kanama diyatezi ya da bağ doku hastalığına bağlanamayan ekimozlar,
- Bir yetişkine ait olabilecek el izi veya ısırık şeklindeki yara izleri,
- Kenarları düzgün tek tip derinlikte yanık mevcudiyeti,
- Eldiven-çorap şeklinde bilateral yanıkların olması (30,32).

Bunlara ek olarak çocuğun bakımından sorumlu kişilerin yaralanma sonrası davranışlarına dikkat edilmelidir. Kaza olduğu söylenen olayın ayrıntıları konusunda sorulan sorulara tepkili olması, bilgi vermekten kaçınma gibi davranışlarda bulunması istismar şüphesi uyandırmalıdır. Ayrıca çocuğun yetişkinlerle iletişimden çekinmesi, ailesi yanındayken aşırı ürkek davranışlar göstermesi çocuğun fiziksel istismar belirtilerindedir (33).

Fiziksel istismarın en sık bulgusu cilt lezyonlarıdır. Bazen tek başına olabilmektedir. Ciltte çizikler, yanıklar, eski yara izleri, kesiler ve ekimozlar görülebilmektedir. Fiziksel istismar olarak değerlendirilen çocukların %10-25 inde yanıklara rastlanılırken, %50-92 oranında da ekimozlar görülmektedir(34).

Morluklar: Morluk fiziksel istismarın en yaygın cilt belirtisidir ve genellikle künt travma ile oluşur. Kaza dışı yaralanmada morluklar genelde gövde, boyun ve kulak gibi korunan bölgelerde olur. Dört yaşından küçük bir çocukta boyun, kulak, gövde gibi korunan bölgelerde morluklar varsa, 4 aydan küçük çocukta herhangi bir yerde morluk var ise bu bulgunun istismar sonucu olma olasılığı çok yüksektir. Karın bölgesinde morlukların nadir görülmesine karşın varlığında %10' u iç organ hasarı ile birliktelik göstermektedir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografiden faydalanılmalıdır. İstismara uğramış Büyük çocuklarda çok sayıda değişen evrelerde cilt lezyonlarına sıkça rastlanmaktadır. Lezyonun şekline göre şiddetin uygulandığı araç tahmin edilebilirken renk değişimine göre de yaralanmanın ne zaman olduğu tahmin edilebilir. Ekimoz yeni oluştuğunda

mavi-kırmızı renkli olup, zamanla yeşil, sarı ve kahverengiye dönüşmektedir. Herhangi bir morluk olmaması travmayı dışlamaz, kafa travması ve batin içi yaralanmalarda morluk olmayabilir (34,35,36,37).

İnsan ısırıkları: İnsan ısırığı mevcut ise yüksek ihtimalle istismar kaynaklıdır. Fakat hekim daha önce bir ısırık izi görmemiş ise bu durumu atlayabilmektedir. Bebeklerde genelde ceza amaçlı yapılmakta olup kalça uyluk gibi genital bölgeye yakın yerlerde rastlanmaktadır. Ergenlerde rastlandığında ise genelde cinsel ve fiziksel saldırılar ile oluşmaktadır. Çoğunlukla çok sayıdadır ve emme izleri eşlik eder (37).

Yanıklar: Yanık nedeniyle acile başvuran 5 yaşından küçük çocuk olgularının yaklaşık %10-20'sinin istismar nedeniyle yaralandığı bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devleti'nde (ABD) 1 yaşından küçük çocuklarda travmaya bağlı ölüm sebeplerinde yanıklar birinci sıradayken, 6 yaşın altındaki travmaya bağlı ölüm nedenlerinde yanıklar ikinci sıradadır (38,39).

Yanıklar kaza, ihmal veya istismar nedeni ile olabilmektedir. İki yaş öncesinde daha çok kaza nedenli yanıklara rastlanırken üç yaş ve üzerinde istismar nedenli yanıklar daha sık görülmektedir. İstismara bağlı yanığın çeşitli türleri vardır.

- **Haşlanmalar:** Bül ve erozyonlarla karşımıza çıkmaktadır.
- **Temas yanıkları:** Kızdırılmış metallerle oluşturulan yanıklardır. Keskin sınırlı kullanılan aletin şekli ile uyumlu kuru lezyonlardır. Sıcak metallerin teması ile oluşur. Keskin sınırlı, kullanılan objenin şekli ile uyumlu kuru lezyonlarla karakterizedir.
- **Friksiyon yanıkları:** sürüklenme ile meydana gelen sürtünme yanıklarıdır.
- **Kimyasal yanıklar:** Asit içerikli maddelerle temasla oluşmaktadır. Ciltte renk değişikliği yapar.
- **Radyasyon yanıkları:** Uzun süre güneş maruziyeti veya ateş kenarında uzun süre durma nedeniyle oluşur. Çıplak deride yaygın eritem ve büllerle birliktelik gösterebilir.
- **Dermatitis artefakta:** Hastanın kaşımak suretiyle kendisinin oluşturduğu yaralardır. Cinsel istismara uğramış çocuklarda görülebilmektedir (40).

Kırıklar: Bir yaşından küçük çocuklarda rastlanan kırıkların %25'i istismar nedenlidir. Çocuk henüz yürüyemiyorsa, kırık çok sayıda ve bakım veren tarafından yeterli açıklanamıyorsa, farklı yaşlarda kırık mevcudiyetinde fiziksel istismardan

şüphelenilmelidir. Ayrıca 1,5 yaşından küçük çocukta kosta kırıklarının 7/10'u, femur kırıklarının 1/3'ü, kafatası kırıklarının 1/3'ü fiziksel istismar sonucu gelişmektedir. Çocuk istismarı olgularında %33-100 oranında diafiz kırıklarına rastlandığı birçok çalışmada gösterilmiştir. En sık olarak femur, humerus ve tibiada görülmektedir. Doğrudan travma ile veya torsiyonel zorlama ile meydana gelebilmektedir. İstismara bağlı kırıkların çoğunluğu ilk başvuruda direk grafi ile saptanamayıp kallus geliştiğinde fark edilebilmektedir. İstismar mağduru çocukların %10-25'inde kosta kırıkları görülmektedir. Yine infantlara yapılan otopsi çalışmalarında %51 oranında kosta fraktürlerine rastlanmaktadır. Kostaların her yerinde fraktür gerçekleşebileceği gibi arka ve arka-yan kosta kırıkları fiziksel istismar için daha spesifikdir (25,40,41,42,43).

Göz lezyonları: Fiziksel istismara uğrayan bebeklerin %70'inde lens dislokasyonu, vitröz kanama ve retina yırtılması gibi lezyonlar görülebilmektedir. Bu sebeple fiziksel istismar şüphesinde göz ve göz dibi muayenesi atlanmamalıdır (44).

2.4.1.2. İstismara Bağlı Kafa Travması (Sarsılmış Bebek Sendromu)

Bir yaş altındaki bebeklerde ağır kafa travmalarının %95'i tüm kafa travmalarının %64'ü istismar nedeniyle oluşmaktadır. İstismar sonucu kafa travması geçiren çocukların yaklaşık %65'inde önemli nörolojik sekeller kalmaktadır. Mağdur bebeklerin %5 ila %35'i travma sonrası hayatını kaybetmektedir. Genelde bebeğin ağlamasını susturma amacıyla bakım veren tarafından sallanması sonucu oluşur. İlk kez Amerikalı radyolog John Caffey 1974'te tanımlamıştır. Sarsılmış bebek sendromu çoğunlukla 2 yaşın altında görülen ancak 5 yaşa kadar da olabilen çocuğun ölümüne veya sakat kalmasına neden olabilen çocuk fiziksel istismarının en ağır formudur.

Genelde kızgın anne-baba veya bakıcılar tarafından özellikle 6 aydan küçük bebeklerin ileri geri şiddetle sallanması ile beyin dokusunun kafatası içerisinde hareket etmesi nedeniyle kontüzyon ve damar hasarları sonucu beyinde hemoraji ve subdural hematoma gelişebilmektedir. Hemoraji olmasa dahi masif beyin ödemi gelişebilmektedir. Tabloya spinal kord travması ve çoklu kemik fraktürleri de eşlik edebilmektedir.

Çocukta genel durumu bozukluğu, laterji, huzursuzluk, beslenmede azalma, kusma gibi semptomlar olabileceği gibi çocuk koma, konvülsiyon ve solunum sıkıntısı gibi daha ağır tablolar ile de sağlık kuruluşuna getirilebilmektedir. Ek bulgu olarak retina hemorajisi de olabilmektedir. Sallama sonucu oluşan istismara bağlı kafa travması ölümlerle sonuçlanabileceği gibi ensefalopati, mental retardasyon, kortikal körlük, konvülsiyon, öğrenme sorunlarını içeren kalıcı nörolojik zedelenmeler oluşturabilir (11,45).

2.4.1.3. Bir Çocuk İstismarı Tipi Olarak “Munchausen by Proxy Sendromu”

Çocuk istismarı ve ihmali farklı şekillerde meydana gelebilmektedir. Munchausen by Proxy Sendromu (Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk) Meadow tarafından 1977 yılında tanımlanmıştır. Çocuğa bakmakla yükümlü kişinin çocukta hastalık semptom ve bulguları meydana getirip çocuğu gereksiz tıbbi müdahalelere maruz bırakması olarak tanımlanan istismar türüdür.

İstismar sürecinde, çocuğun tetkik ve müdahalelerle fiziksel olarak kalıcı, hatta ölümlerle de sonuçlanabilen hasarlar oluşabilir. İstismarcı kişi çoğunlukla annedir. Bazı olgularda anne doğrudan çocuğa zarar vermektedir (zehirleme ilaç verme vb.).

Yapılan bir çalışmada bildirilen olguların yaş ortalamasının 3,25 olduğu ve bu vakaların ölümlerle sonuçlanma ihtimallerinin %9-10 arası değiştiği gösterilmiştir. Bakım veren tarafından çoğunlukla çocuğun diğer kardeşlerinde de aynı hastalık olduğu, hatta bu hastalık nedeniyle ölen çocuğunun olduğu beyan edilmektedir. Sağlık uygulayıcıları bakım verenin yönlendirmeleri ve yapay bulgular nedeniyle aşırı tedavi, riskli ilaç uygulamaları ve invaziv işlemlerle farkında olmadan sürece dâhil olmaktadır. Bu olgularda alınan iyi bir anamnez ve yapılan fizik muayene ile dikkatli seçilecek laboratuvar tetkikleri ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Ölümlerle dahi sonuçlanabilecek ciddiyette olan bu olgular atlanmamalıdır. Çocuğa verdiği fiziksel zararlarının yanında istismar mağduru çocuklarda erişkin dönemde hastane fobisi, güven problemleri ve posttravmatik stres bozukluğu gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (13,46,47).

2.4.2. Cinsel istismar

Çocuk cinsel istismarı bir çocuğun veya gencin gelişimsel olarak hazır olmadığı, sonuçlarını anlayamadığı, anlasa dahi onay veremeyeceği, yasal ve/veya toplumsal tabulardan dolayı direndiği bir cinsel aktiviteye katılmasıdır. Cinsel istismar, şiddet içeren davranışlar (tecavüz, fiziksel zarar, cinayet vb.), cinsel amaçlı temas içerdiği gibi temas olmaksızın sözlü taciz, cinsellik hakkında açıkça konuşma, teşhircilik, röntgencilik içerebilir (48).

Çocuk cinsel istismarı, dünyanın bütün ülkelerinde görülen çocuğun ruhsal, cinsel, fiziksel sağlığına zarar veren çocuk haklarının ağır bir ihlalidir. Çocuğa karşı cinsel istismar ev, okul, yurt, sokak, kilise gibi çeşitli yerlerde ve çoğunlukla çocuğun tanıdığı ve güvendiği kişilerce uygulanmaktadır. Çocuklar kolayca güvenebildiği, kandırılabilirdikleri, korkutulabilirdikleri için istismara daha müsaittirler. İstismara uğrayan çocuklar tekrar istismara uğramaktan ve ebeveynleri tarafından terkedilmekten korktukları için defalarca istismara maruz kalabilmektedirler (49).

Toplumda çok sık yaşanan bir istismar türü olmasına rağmen gizlenmesi nedeniyle %5-10'luk kısmının bilindiği düşünülmektedir. Çocuklar istismarı gizledikleri için defalarca istismara uğramaktadırlar. Cinsel istismar mağduru çocukların istismarı gizlemelerinde rol oynayan çeşitli durum ve düşünceler vardır. Bunlar;

- Mağdurun cinsel damgalanması,
- Utanma ve lekelenme korkusu,
- Sosyal çevre ve ataerkil aile baskısı,
- Tehdit ediliyor olması,
- Aile içi cinsel istismar olması,
- İstismara uğrayan çocuk ve ailesinin saygınlığını kaybetme korkusu gibi faktörlerdir (50).

Parçalanmış aile çocukları, üvey baba ile yaşama, annenin hastalığı ve/veya uzun süre evde olmaması, babanın işsizliği, ebeveynlerin alkol ve madde bağımlılıkları, sosyal izolasyon gibi durumlar cinsel istismar için risk oluşturmaktadır. Ayrıca alkolün istismar olgularında sıkça istismarcılar tarafından kullanıldığı belirtilmekte olup bir istismar tetikleyicisi olduğu düşünülmektedir (51).

Çocuğa yönelik yapılan cinsel istismar alanında yapılan araştırmalar sonucunda çocukluğunda istismara uğramış kişilerin üçte birinin yetişkinlik döneminde istismarcı bir ebeveyn oldukları ortaya konmaktadır. Bu durum istismarın önlenmesi ve erken teşhisinin ne kadar önemli olduğunun bir diğer göstergesidir (48).

Amerika Birleşik Devletleri Child Advocacy Center istatistiklerine göre 2017 yılında ABD de 334,626 çocuğun istismara uğradığı bildirilmektedir. Bu çocukların %64'ünün kız %36'sının erkek olduğu, çocukların %67'sinin cinsel, %20'sinin fiziksel istismar, %7,3'ünün ihmale uğradığı belirtilmektedir. En çok istismara uğrayan yaş grubu 7-12 arası iken çocukların %91,6'sının istismarcıyı tanıdığı belirtilmektedir (48).

Koçak ve arkadaşlarının cinsel istismara uğramış 158 çocuk üzerinde retrospektif olarak yaptıkları çalışmaya göre olguların %83'ünün kız, %17,7'sinin erkek cinsiyette olduğu belirtilmiştir. Çocukların yaşları 6 ile 18 arasında olup çocuklar tarafından belirtilen en sık istismar tipi vajinal penetrasyon (%32)sırasıyla cinsel amaçlı dokunma (%29,9), anal penetrasyon (%22,3) şeklinde gerçekleşmektedir. Yine bu çalışmada incelenen olgularda istismarcı kişilerin çoğunluğunun “aile dışından tanıdık biri” olduğu ve çocukların %51'inin birden çok kez istismara uğradığı görölmüştür (52,53).

Hekimlerin çocuğun bebeklik döneminden ergenliğe kadar tüm çocukluk dönemlerindeki normal davranış paternini bilmesi gerekir. Eğer çocuk yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar gösteriyorsa cinsel istismar açasından şüphelenilmelidir. Ergenlik döneminde cinsel yolla bulaşan hastalık var ise yine aynı şekilde istismardan şüphelenilmelidir (2).

Çocukların bazı davranışları cinsel istismara uğramış olabileceği şüphesi uyandırmalarıdır. On yaş altı çocukların;

- Yaşından beklenmeyecek derecede cinsel bilgisinin olması,
- Oyun oynarken ve resim yaparken cinsel temalara yer vermesi,
- Mastürbasyon yapması (sık ve/veya alenen),
- Konuşurken cinsel içerikli kelimeleri kullanması,
- Enürezis, enkomprezis,
- Yalnızlıktan korkma,
- Uyku problemleri,

- Kendine zarar verme,
- Dürtüsellik,
- Dikkat eksikliği,
- İstismarcının cinsiyetindeki diğer kişilerden korkması gibi durumlarda çocuk cinsel istismar açısından değerlendirilmelidir.

On yaş üstü cinsel istismara uğramış ergenlerin tekrar tekrar istismara uğrama ihtimalleri yüksektir. Bu çocuklarda;

- Yeme bozuklukları,
- Kendine zarar verme, suicid,
- Madde kullanımı,
- Sosyal çevreden ve aileden uzaklaşma,
- Arkadaş ilişkilerinde problemler yaşama,
- Suça ilgi duyma,
- Depresyon,
- Erken olgunlaşma gibi durumlar olduğunda çocuğun cinsel istismara uğramış olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (54).

Çocuklar yaşları ve gelişimi gereği istismarcı kişi tarafında kolayca manipüle edilebildikleri için genelde zor kullanılmadan cinsel istismara maruz kalmaktadırlar. Bu durum istismarın tanısında güçlük oluşturmaktadır (2). Cinsel istismarın fizik muayene bulguları kısa zamanda kaybolmaktadır. Yakın zamanda yapılan bir araştırmaya göre cinsel istismara uğramış ve üzerinden biraz zaman geçtikten sonra muayene edilen kız çocuklarının sadece %2,2'sinde tanısız fizik muayene bulgularına rastlanmış olup, olaydan hemen sonra yapılan fizik muayenelerde cinsel istismara ait fizik muayene bulgusu saptanan çocukların oranı %21,4 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle hekimin şüphe duyup zaman kaybetmeden harekete geçmesi önemlidir (55).

Fizik muayene sırasında rastlanan bazı bulgular da cinsel istismar düşündürmelidir. Genital çizikler, kaşıntı, ağrı, zedelenmiş himen, vajinal ya da anal kanama, perinede yırtık ya da ekimoz, yürüme ve oturmada güçlük, cinsel yolla bulaşan hastalık saptanması, üriner sistem enfeksiyonları, penis iltihabı veya vajinal akıntı varlığında cinsel istismardan şüphelenilmelidir (56).

Cinsel istismara uğradığı düşünülen çocuk ile yapılan görüşme olayın değerlendirilme sürecinin en önemli adımıdır. Çocuk ile yapılacak görüşme

mümkünse çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun bir şekilde çocuk istismarı konusunda uzmanlaşmış kişiler tarafından, çocuğun defalarca olayı anlatıp tekrar tekrar örselenmesinin engellenmesi amacıyla mümkün olduğunca az sayıda yapılmalıdır (57).

2.4.2.1. Aile İçi Cinsel İstismar: Ensest

Aile içindeki cinsel istismar olarak tanımlanan ensest olgularında istismarcı ve mağdur çocuk akrabadır ve yasalara göre evlenmeleri yasaklanmıştır. Ensest ilişkiler toplumda kabul görmeyen, gizlenmesi sebebiyle ve açığa çıkması en zor istismar türlerinden biridir. TÜİK'in son yıllarda ortaya koyduğu raporlara göre kız çocukları erkek çocuklarına nazaran daha çok cinsel istismara maruz kalmaktadır (5).

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2018 yılında gönderilen aile içi cinsel istismar olgularıyla retrospektif bir çalışma yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda olguların yaklaşık yarısının 12-15 yaş aralığında olduğu, istismarcıların da yarısının çocukların öz babası olduğu görülmüştür. İstismar vakalarının %12,9'unda failin öz kardeş, %9,5'inde üvey baba, %7,8'inde amca, %6,9'unda ise dayı olduğu saptanmıştır. Ensest olgularının çocuğun ruh sağlığı açısından daha yıkıcı olduğu bir gerçekliktir. İstismarcının yakınlık derecesi arttıkça çocukta meydana getirdiği ruhsal hasar da artmaktadır. Örneğin failin öz baba olduğu vakaların %62,5'inde ruhsal sağlık sorunlarına rastlanmıştır (58).

2.4.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar çocuğun ihtiyacı olan sevgi, ilgi ve alakayı göstermeyerek ruhsal gelişimini olumsuz etkileyecek sözel şiddet, aşırı emir içeren davranışlar olarak tanımlanabilmektedir. Diğer istismar türlerini de içerisinde barındıran duygusal istismar diğer istismar türlerine de eşlik edebilir. Hatta cinsel ve fiziksel istismarın etkileri ortadan kalktıktan sonra da devam edebilmektedir(18).

Duygusal istismar çocuğa “zihinsel acı çektirme” olarak da tanımlanmaktadır. Duyusal istismarın içeriği; ebeveyn tarafından çocuğu reddetme, korkutma, toplumdandan izole etme, sömürme, yozlaştırma, çocuğun duygusal bağlanma arzusunu

reddetme, aşağılama, küçük düşürme, tehdit etme, yalnız bırakma, bağımlı kılma, aşırı koruma, toplumda kabul görmeyen davranışlar göstermesini cesaretlendirme (hırsızlık, fuhuş, şiddet vb.), çocuğa bağırma, küfür etme, lakap takma, çocuğa aşırı baskı uygulama; çocuktan yaşına uygun olmayan düzeyde fazla sorumluluk bekleme kardeşler arasında ayırım yapma gibi davranışlar sık rastlanılan duygusal istismar türleridir (59).

Duygusal istismara uğrayan çocuklarda; duygularını ifade etme zorluğu, içe kapanıklık, toplumda iyi ilişkiler kuramama, kendine güvenmeme, hiperaktivite, intihar, mastürbasyon ve aileden uzaklaşma gibi davranışlar sık görülmektedir. Zoroğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada her üç ergenden birinin duygusal istismar ve ihmale uğradığı, ergenlerin beşte birinin kendisine fiziksel zarar verdiği ve onda birinin de intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Çocukluk döneminde istismar ve ihmale uğramış kişilerin kendine zarar verme, yüksek seviyelerde disosiasyon ve intihar arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. (60,61,62).

Duygusal istismar ve ihmalin çocuğun gelişimine ciddi derecede zarar verdiği ve bu zararın etkilerinin yetişkinlik hayatlarında da sürdüğünü gösteren çalışmaların sayısı günden güne artmaktadır. Duygusal istismara uğramış çocuklarda genellikle parmak emme, ısırma, sallanma, altına kaçırma, beslenme ve uyku bozuklukları, saldırganlık, ürkeklik, histeri, obsesif kompulsif davranışlar, fobiler, itiraz edememe gibi davranışlar sıklıkla görülebilmektedir (63).

2.4.4. Çocuk İhmali

Çocuğa bakmakla yükümlü olan yetişkinlerin kasıtlı veya kasıtsız olarak çocuğun ihtiyaçlarını karşılamaması, iyilik halini sağlayamaması ve olası tehlikelerden yeterli düzeyde koruyamaması olarak tanımlanmaktadır. Çocuk ihmali görünüşte pasif bir eylem olsa da sonuçları ağır olabilmektedir. Bu sebeple zamanında doğru tanı ve erken müdahale çok önemlidir. Aşağıdaki durumların varlığında çocuğun ihmal edildiğinden şüphelenilmelidir:

- Çocuk kirli, bakımsız görünüyor ve giysileri hava koşullarına uygun değilse,
- Çocukta büyüme ve gelişme geriliği mevcut fakat bir sebebe bağlanamıyorsa,
- Ailesi çocuk hakkında yeterli bilgiye sahip değilse,

- Zehirlendiyse, silahlı yaralanmaya maruz kaldıysa,
- Çocuk sigara, alkol, bağımlılık yapıcı maddelere maruz kalıyor ise,
- Çocuk içine kapanık, iletişim kurmakta güçlük çekiyor, yineleyen hareketler yapıyorsa,
- Mental retardasyon, öğrenme güçlüğü varsa,
- Zorunlu eğitim yaşı geldiği halde okula gönderilmiyorsa,
- Çocuk hasta olmasına rağmen hastaneye başvurulmamışsa veya başvuru için gecikilmişse,
- Aile çocuk için yapılan tedavi, önlem ve tavsiyelere uymuyorsa,
- Çocuk terk edilmiş ve evden kovulmuş ise (28).

Çocuk ihmali, fiziksel, duygusal, denetimsel ve bilişsel ihmal; eğitimin ihmali ve tıbbi ihmal olmak üzere 6 gruba ayrılarak ele alınmaktadır. (64,65):

Denetim açısından ihmal: Çocuğa yaşına göre yeterince bakılmaması (Örneğin: kendi başına duş alması, evde yalnız başına bırakılması gibi) nedeniyle fiziksel yaralanma hatta ölümle sonuçlanabilen bir ihmal türüdür.

Fiziksel ihmal: Çocuğun giyim, yiyecek, barınma, hijyen, bakım gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması şeklinde olabilmektedir. Fiziksel ihmalin bir başka tipi ise intrauterin ihmaldir. Annenin gebeliği süresince ilaç, alkol, sigara kullanması, yetersiz beslenmesi, gerekli tıbbi bakımı almaması intrauterin ihmal göstergeleridir.

Tıbbi ihmal: Tıbbi ihmal kavramı olası sonuçlarının ciddiyeti nedeniyle dikkatle üzerinde durulması gereken bir ihmal türüdür. Tıbbi ihmalde çocuğun ihtiyaç duyduğu sağlık bakımının çocuğun zarar göreceği bir şekilde karşılanmaması söz konusudur. Bazı olguları yoksulluk, sorunlu ebeveynler (madde, alkol kullanımı, ruh sağlığı sorunları gibi) nedeniyle olduğu gibi ebeveynlerin tıbbi tedaviyi reddetmesi şeklinde de olabilmektedir. Tıbbi ihmal sonucunda çocuğun sağlığının ciddi derecede bozulabilmesi, hatta ölümü söz konusu olduğu için olgulara dikkatli yaklaşılmalıdır.

Duygusal ihmal: Çocukların sevgi, ilgi, onaylanma ve ait olma gibi duygusal gereksinimlerinin karşılanmaması, çocukların aile içi şiddete tanık olmasına engel olunmaması, çocuğun sorunlu davranışlarına göz yumulup çözüm aranmaması, duygusal bakımının sağlanmaması şeklinde tanımlanmaktadır.

Eğitim ihmali: Çocuğun ihtiyacı olan eğitimi alabilmesi için gerekli özenin gösterilmemesi anlamına gelmektedir. Örneğin, zorunlu okul çağındaki bir çocuğu

okula kaydettirmemeyi, sık okul devamsızlığına müdahale etmemeyi ve özel eğitim gereksinimi mevcut olan çocuklarda bu ihtiyacı karşılamamayı kapsamaktadır.

Çocuğa karşı ihmal en az çocuk istismarı kadar önemli sonuçlar doğurabilmektedir. İhmale uğramış çocukta fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişme geriliği görülebilmektedir. Uzun vadede madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, riskli cinsel davranışlar, patolojik bağlanma ve şiddet eğilimi gibi davranış bozuklukları meydana gelebilmektedir (66,67).

2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Risk Faktörleri

Çocuklara kötü muamele için birçok risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlar; çocuğa bağlı risk faktörleri, ebeveyn veya bakıcıya bağlı risk faktörleri, topluma bağlı risk faktörleri şeklinde 3 grupta ele alınmaktadır.

Çocuğun kötü muameleye uğrama ihtimalini arttıracak çocuğa bağlı risk faktörleri:

- Çocuğun prematüre, düşük doğum ağırlığı veya kronik hastalıklı olarak doğması,
- Ebeveynlerin istedikleri cinsiyette doğmamaları,
- Çoğul gebelik sonrası doğum (ikiz-üçüz vb.),
- Evlilik dışı birliktelik ile dünyaya gelmesi,
- Planlanmamış, istenmeyen gebelik sonrası doğum,
- Çocuğun 4 yaş altında veya ergen olması,
- Ebeveyn beklentilerini karşılamaması,
- Anormal fiziksel özellikleri olması,
- Sürekli ağlaması,
- Özel ihtiyaçlarının olması,
- Mental retardasyon, serebral palsi gibi nörolojik bir bozukluğa sahip olması,
- Çocuğun kendini lezbiyen, gey, biseksüel veya transseksüel olarak tanımlaması,
- İnatçı, zor mizaçlı olması,
- Hiperaktivite veya davranış bozukluğu olması,
- Okul derslerinde başarısızlık,

- Arkadaş grubunun anti sosyal olması,
- Çok çocuklu aile çocukları,
- Üvey ebeveynle yaşaması şeklinde sıralanmaktadır.

Çocuklara kötü muamele riskini artıracabilecek bir ebeveyn veya bakıcının özellikleri;

- Yaşının genç olması,
- Çocukla bağ kurmada zorlanması,
- Çocuğu besleyememesi,
- Çocukluğunda kötü muameleyle maruz kalmış olması,
- Çocuk gelişimi konusunda farkındalık eksikliği veya gerçekçi olmayan beklentilere sahip olması,
- Alkol veya uyuşturucu gibi madde kullanımının olması,
- Düşük benlik saygısına sahip olması,
- Dürtü kontrol bozukluğu olması,
- Ruhsal ve/veya nörolojik bir probleminin olması,
- Suç faaliyetlerine karışması,
- Partner şiddetine maruz kalması,
- Ekonomik sıkıntılar yaşıyor olması şeklinde sıralanabilir (68,69,70).

Dünya Sağlık Örgütüne (2020) göre “çocuklara kötü muamele riskinin yüksek olduğu toplumların özellikleri”;

- Cinsiyet ve sosyal eşitsizlik,
- Ailelerin yeterli konut ve desteğe ulaşamaması,
- İşsizlik ve yoksulluk,
- Alkol ve uyuşturucu maddelere rahat ulaşılabilmesi,
- Çocuk istismarı ve ihmalini, pedofiliyi, çocukların çalıştırılmasını, çocuk fuhuşunu önlemeye yönelik yetersiz önleme politikalar ve uygulamalar,
- Şiddetin normalleştirilen, fiziksel cezayı teşvik eden, ebeveyn çocuk ilişkisinde çocuğa hak tanımayan sosyo-kültürel normlar,
- Düşük yaşam standardı,
- Sosyo-ekonomik eşitsizlikleri içermektedir (71).

Çevrenin çocuk istismarı ve ihmaliindeki rolü büyüktür. Çocuklar yalnızca doğrudan kendilerine yöneltilen fiziksel ve psikolojik şiddetten değil bu unsurların bulunduğu ortamlarda bulunmaktan da etkilenmektedirler. Çocukluk döneminde şiddete maruz kalan yetişkinlerin oluşturduğu toplumlara da şiddet hâkim olmaktadır. Televizyonlarda yayınlanan şiddet içeren dizi- filmlerin de şiddetin normalleşmesi ve meydana gelmesinde etkili olduğu görülmektedir. Sosyo-ekonomik seviyesi düşük toplumlarda fiziksel istismar ve ihmal daha sık görülmektedir. Fakat çocuk istismarı ve ihmali orta ve yüksek gelirli ailelerde de meydana gelmektedir. Fiziksel cezalandırmanın kültürel olarak normal kabul edilmesi istismara kapı aralamaktadır. Çocuk istismarında en önemli problemlerden biri hafif boyuttaki fiziksel şiddetin normal karşılanması, terbiye, eğitim gibi sebeplerle sürekli olarak uygulanmasıdır. Ülkemizde de dayanın bir terbiye aracı olarak kabul görmesi fiziksel istismarın yüksek oranlarla görülmesine neden olmaktadır (2,72).

2.6. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Görülme Sıklığı

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünyada sık rastlanan, yapılan çalışmalarla gerçek sıklığının bildirilenlerden çok daha fazla olduğu bilinen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Zaman içerisinde toplumdaki ve sağlık mensuplarındaki farkındalık ve bilgi düzeylerinin artması sayesinde bildirilen vaka sayılarında artış görülmektedir(73).

Dünya Sağlık Örgütü 2022 verilerine göre 2-4 yaş arası çocukların dörtte üçü veya 300 milyon çocuk bakımından sorumlu kişiler tarafından fiziksel ve duygusal kötü muameleye uğruyor. Her 5 kadından biri ve her 13 erkekten 1'i çocukluğunda cinsel istismara maruz kaldığını belirtmektedir (74).

UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)'in 2017 yılında yayımladığı basın bülteninde (75) belirtilen, ulaşılan 30 ülkenin verilerine göre; 1 yaşındaki her 10 çocuktan yaklaşık 6'sı düzenli olarak şiddete uğramakta. Bu çocukların dörtte biri sarsılırken onda biri yüzüne ve başına vurularak cezalandırılmaktadır. Tüm dünyada beş yaşından küçük çocukların dörtte biri aile içi şiddete tanık olmaktadır. Raporda 1-19 yaş arası 15 milyon kız çocuğunun da bir şekilde hayatlarında en az 1 kez cinsel eyleme zorlandığı, cinsel istismara uğrayan

ergen kızların yalnızca %1'i profesyonel yardım almaya çalıştığı belirtilmiştir. Yine raporda belirtildiği üzere cinsel istismar mağduru ergen kızların %90'ı istismarcıyı tanıdığını belirtmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada, çocukların yaklaşık %1'inin istismara, %1,5'inin ihmale uğradığı ve bu rakamların gerçeğin yalnızca %10'unu yansıttığı belirtilmiştir (76).

Ülkemizde 2012 yılında 7450 öğrencinin incelendiği bir çalışmada; öğrencilerin % 58,1'i hayatlarının bir döneminde fiziksel istimara uğradıklarını belirtmişlerdir (77) Türkiye'de yapılmış başka bir çalışmada yer alan adli verilere göre çocuklara karşı cinsel istismar suçu ile sonuçlanmış dava sayısı 2017 yılında 16348 iken 2018 yılında bu sayı 18290'a yükselmiştir. Yine 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre ise, Türkiye'de 15 yaşından büyük kadınların %28,2'si ve 15 yaşından büyük erkeklerin yüzde %5,6'sı 18 yaşına gelmeden evlenmiştir. Çocuk yaşta evlilikler toplum tarafından kültürel kabuller nedeniyle çocuk istismarı olarak görülmemektedir. Bu durum da yine istismarın saptanmasını ve hekimlerin bildirim yapmasını zorlaştırmaktadır (78).

2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuğu kötü muameleden korumak için alınan önlemler; birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak ele alınmaktadır. Birincil koruma istismar gerçekleşmeden önce alınacak tedbirleri, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise istismar mağduru kişinin rehabilitasyonunu kapsamaktadır (79).

Birincil koruma: Her türlü şiddetin önlenmesi ve tüm çocukların korunmasını amaçlayan çalışmalardır. Birincil önleme içerisinde çocuğun rutin sağlık kontrolleri, doğum öncesi ve sonrasında takiplerin yapılması, aile planlaması, ebeveynlere çocuklarla iletişim, bakım konularında eğitim verilmesi gibi uygulamalarla birlikte, okul öncesi eğitim ve bakım veren anasınıfları kreş gibi kurumların sayısının artırılması gibi konular bulunur. ÇİVİ açısından büyük oranda bir risk teşkil eden savaş, işsizlik ve yoksullukla mücadele de birincil önlemlerin içerisindedir.

İkincil koruma: Çocuk istismarı açısından riskli grupların belirlenip gerekli tedbirlerin alınmasını, mağdur çocukların erken tanı, tedavisi ve takiplerini içerir.

Erken tanı ve tedavi çocuğun yaşamının kurtulması dahil göreceği maddi manevi zararı azaltabilmektedir. Çünkü sağlık kuruluşuna başvuru yapıldığında atlanan vakaların yaklaşık %50 si tekrar istismara uğrayabildiği gibi bunların %5-10 kadarı ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Sağlık çalışanlarına verilecek eğitimler sayesinde farkındalıkları arttırılmalıdır.

Üçüncül koruma: İstismar ve/veya ihmale uğramış çocuğun tekrar kötü muameleye uğramasının engellenmesi, istismarın çocuğa verdiği ve verebileceği zararın azaltılması amacıyla yapılan tedavi ve rehabilitasyonu kapsar. İstismara uğrayanların yanı sıra istismarcı kişiler de tedavi kapsamına alınmalıdır. Çocuk izlem merkezleri üçüncül önleme için en iyi örnek kabul edilebilir. Literatürde “Rezidental Tedavi Merkezi” adı altında hizmet veren, istismar mağduru çocukların tedavi, bakım ve rehabilitasyonunun sağlanması amaçlandığı kurumlar yaygınlaşmaya başlamıştır (13,79,80).

2.8. Çocuk İstismarı ve İhmaline Hekimlerin Yaklaşımları

Tıp fakültelerinden mezun olmuş hekimlerin mezuniyet sonrası yeterli bilgi ve farkındalıklarının olmadığı, ÇİVİ vakaları ile karşılaştıklarında ise bildirimini yasal olarak zorunlu olduğu halde olası vakaları bildirmekte güçlük çektikleri pek çok çalışmada ortaya konmuştur (81).

Koç ve arkadaşları tarafından yapılan Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Biriminin bir yıllık deneyimlerinin değerlendirildiği çalışmada 89 istismar ve/veya ihmal mağduru çocuk incelenmiştir. Bu çocukların çoğu çocuk psikiyatrisi ve çocuk sağlığı bölümlerinden yönlendirilmiş olup diğer bölümlerden bir tek beyin cerrahisinden bir olgu gönderildiği görülmüştür. Kırık veya yanıkla başvuran, fiziksel istismar olarak değerlendirilen olgular olmadığı görülmüştür. Hâlbuki fiziksel istismar olgularının 1/3ünde kırık rastlandığı, yanıkların %10-20 kadarının fiziksel istismar olduğu, yanık ünitelerinde yatan çocukların %30 unun istismar mağduru olduğu yapılan pek çok çalışmada ortaya konulmuştur. Bu durum çocuk istismarı konusundaki farkındalığın tüm doktorlar arasında yeterli düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Çocuk istismarı vakaları pek çok farklı neden ve bulgularla çocuk sağlığı dışındaki

bölgümlere de başvurabilmektedirler. Bu nedenle çocuk hasta ile ilgilenen tüm birimlerdeki hekimlerin yeterli bilgi ve farkındalığının olması çok önemlidir (82).

Hekimlerin olası çocuk istismarını tanınmasının ve buna yönelik harekete geçmesini engelleyen bir takım endişe ve düşünceler vardır. Bunlar aşağıdaki gibidir(83):

- Tedavi edilebilir bir hastalığı kaçıırma endişesi,
- Çocuğun bakımından sorumlu kişilerle işbirliğinin bozulabilmesi endişesi,
- Bir ebeveyni veya bakıcıyı olası yanlış şüphe ile suçlama düşüncesi,
- Yetişkin ve çocuk hastaların durumu ile ilgili gizliliğin ihlali,
- Kötü muamelenin çocuğa zarar verme niyeti ile olmadığı düşüncesi,
- Çocuk koruma sürecinin yararları hakkında şüphe duyması, çocuğun takibini yapamayacak olma endişesi,
- Stres,
- Kişisel güvenlik,
- Şikâyet edilme korkusu,

Gerek çocuk sağlığı rutin takiplerinde gerekse acil servise başvurulduğunda çocuklar istismar ve ihmal açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Hekimler istismar ve ihmalin bulgu ve belirtilerini tanıyabilmeli bazı durumlarda çocuk aksini iddia etse de istismardan şüphelendiğinde dikkatli bir muayene ile tam bir tanı koyabilmelidir. Çocuğun daha fazla zarar görmemesi için acil önlemleri alabilmelidir. Tıp doktorlarının çocuğa karşı kötü muameleden şüphelendiğinde kolluk kuvvetlerine bildirim yapmaları hem yasal hem de etik bir zorunluluktur. İstismar ya da ihmalin bildirilmesi için kesin tanı konmuş olması gerekmez, makul bir şüphe olması halinde mutlaka bildirilmelidir. İstismarcı birey çocuğun ebeveyni veya bakıcı ise çocuğun korunması amacıyla sosyal hizmetlere de bildirim yapılmalıdır. Evdeki diğer çocukların da sağlık muayenesi yapılmalı, istismar şüphesi var ise diğer çocuklar da yasal organlara bildirmelidir. Gerekli görüldüğünde mahkemede şahitlikten kaçınılmamalıdır (84,85,86).

2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sonuçları

Çocuğa karşı kötü muamele yıkıcı sonuçları olan bir olumsuz çocukluk deneyimi türüdür. Olumsuz çocukluk deneyimleri, sinir gelişimini bozan ve yaşam boyu etkisi sürebilen fiziksel ve psikolojik zararlarla sonuçlanabilen, çocuğun yetişkinlik dönemindeki sağlığını ve davranışlarını etkileyen durumlardır. Kötü muamele, herhangi bir cinsiyetten, ırktan, etnik kökenden sosyoekonomik statüden hastaları etkileyebilmektedir. Çocuğa karşı kötü muamele mağdurlarına bakmak hekimlerin karşılaştığı en zorlu mesleki durumlar arasında olsa da, bu tehlike altındaki hastaların erken tanısı ve tedavisi hayat kurtarabilir. Çocuğun yeniden mağduriyet yaşamaması ve istismarın uzun dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri azaltılabilir (87).

İstismarın çocukta neden olduğu hasar; istismarcı ile çocuğun yakınlığına, istismarın niteliği ve sayısına, fiziksel hasar durumuna, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyine, çocuğun ruhsal özellikleri ve ailenin olaya tepkisine göre değişmektedir. (88)

Erken yaşlarda istismara uğramış çocuklar bu dönemde yaşadıklarını unutamayla beraber bu yaşadıkları telafisi mümkün olmayan problemler doğurabilmektedir. Bu problemlerden en önemlileri şunlardır (89,90):

- Travma sonrası stres bozukluğu,
- Depresyon,
- Anksiyete bozukluğu,
- Bilişsel çarpıtmalar (herkesin ona zarar vereceği düşüncesi gibi),
- Değersizlik hissi,
- Düşük benlik saygısı,
- Yeme bozuklukları,
- Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı,
- Cinsel davranış bozuklukları (Birden fazla cinsel partner, erken yaşta cinsel deneyim),
- İntihar eğilimi

Yapılan çalışmalar sonucunda çocuğa karşı kötü muamelenin psikotik bozuklukların ve psikotik semptomların başlamasına katkıda bulunduğuna dair fikir birliği mevcuttur (91).

ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, istismar ve ihmal gibi çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimleri pek çok hastalıkla (kardiyo vasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, karaciğer rahatsızlıkları vb.) ilişkilendirmiştir. Altı veya daha fazla sayıda olumsuz deneyim bildiren bireylerin yaşam beklentisinin hiçbir şey bildirmeyenlerden yirmi yıl daha kısa olduğu belirtilmektedir. Yine ABD istatistiklerine göre her gün ortalama 5 çocuğun istismar nedeni hayatını kaybettiği bildirilmektedir. İstismar sonucu ölen çocukların %70'i 3 yaşın altında ve faillerin %80'i çocuğun ebeveynleridir. Çocuk istismarının en ciddi ve geri döndürülemez sonucu ölümdür. Bu sebeple erken tanı hayat kurtarmaktadır. (92,93,94)

2.9.1. Çocuklara Karşı Kötü Muamele ve Onların Gelişim Halindeki Beyinlerine Verdiği Zarar

Son yıllarda çocuklara karşı kötü muamelenin çocukların beyin gelişimi üzerine etkileri üzerinde yapılan araştırmaların sayıları artmaktadır. Bilindiği üzere beyinin çeşitli bölgeleri uyarılarla çalışmakta ve gelişmektedir. İhmale uğramış bir çocukta uyarıcı eksikliği nedeniyle beyin çeşitli bölgeleri yeterince gelişemeyecektir. Yine fiziksel/cinsel/duygusal istismara uğrayan çocuklarda bu durumların oluşturduğu stres sinir sistemini duyarlı hale getirip endişe ve korkuya yanıt veren beyin bölümlerinin fazla çalışıp gelişmesine neden olmaktadır. Bu durum beyin diğer karmaşık fonksiyonları yerine getirecek bölümlerin çalışıp gelişmesini engellemektedir. Sonuç olarak çocukta öğrenme güçlükleri ortaya çıkabilmektedir.

Kendilerine bakan kişilerle güvenli bağlanamayan pozitif duygusal gelişimi tamamlayamayan çocukların empati yetenekleri de kısıtlı olabilmektedir. Empati yeteneği gelişmemiş bir çocuğun bir insana şiddet uygulamaktan, hatta öldürmekten pişmanlık duyması beklenemez. Bununla beraber kötü muameleyle maruz kalmış çocuklara yerinde ve zamanında müdahale ile travmanın beyin üzerindeki uzun dönem etkilerinin azaltıldığı pek çok çalışma ile kanıtlanmıştır. Fakat önemli olan bu durum gerçekleşmeden önce gerekli önlemlerin alınmasıdır. Önleyici çalışmalar hem maddi hem manevi yönden tedaviden çok daha ekonomiktir. Ayrıca bu önlemler sayesinde çocuğun yaşamının ilk yıllarında, beyin gelişimini sağlıklı kılmak mümkündür (26).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan tıpta uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi ile eğitim ihtiyaçlarının saptanması amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.09.2020 – 20.10.2020 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, burada görev yapan tıpta uzmanlık öğrencileri ile COVID-19 pandemisi nedeniyle online olarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Fakat pandemi çalışma şartları nedeniyle evrenin %66.1'ine ulaşılabilmektedir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan 136 tıpta uzmanlık öğrencisinden araştırmaya katılmayı kabul eden 90 hekim araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmak istemeyen, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olan ve anket formunu uygun şekilde doldurmayan hekimler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.7. Araştırmanın Hipotezi

Kadın hekimlerin ocuk istismarı ve ihmali konularında bilgi ve farkındalık düzeyleri erkek hekimlere göre daha yüksektir. Mesleki tecrübesi fazla olan hekimlerin ÇİVİ konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyi daha yüksektir. ocuk sahibi olan hekimlerin olmayanlara nazaran ÇİVİ konularında bilgi ve farkındalığı daha yüksektir. ÇİVİ konusunda alınan eğitim bu konularda bilgi ve farkındalık düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Hekimler bu konulardaki bilgi eksiklikleri nedeniyle yeterli bildirim yapamamaktadır.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, ocuk sahibi olup olmama durumu, meslekte çalışma yılı, tıp fakültesinde ÇİVİ konusunda eğitim alıp almama durumu, meslek hayatları boyunca istismar vakasıyla karşılaşıp karşılaşmama durumları, karşılaştıkları vakaları bildirim durumları, olası istismar vakasına yaklaşımları sırasında ne yapmaları gerektiğini bilme durumları, bu konularda eğitim almak isteyip istememeleri bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan uzmanlık ğrencilerinin ocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalıklarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri cevaplar bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönleri

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 18.03.2020 tarihinde onay alındıktan sonra araştırma yapılmıştır (EK-1).

3.9. Veri Toplama Aracı Ve Yöntemi

Verilerin toplanması anket yoluyla online olarak gerçekleştirildi. Çalışmada katılımcılara Kişisel Bilgi Formu ve ardından Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formunu (ÇİİBRTYÖF) doldurmaları istendi. Uygulama öncesinde olgulara çalışma ile ilgili bilgi verildi ve sözel onay alındı.

3.9.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-2)

On üç sorudan oluşan olguların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, hekimlik yılı, mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alma durumu, meslek hayatları boyunca istismar vakasıyla karşılaşmış ve karşılaşmamış durumları, olası istismar vakasına yaklaşımları sırasında ne yapmaları gerektiğini bilme durumları, çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma durumları, bu konularda eğitim almak isteyip istememelerinin sorulduğu kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

3.9.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (ÇİİBRTYÖF) (EK-3)

“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” Uysal A. tarafından 1998 yılında oluşturulmuştur. Geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçeğin iç tutarlılık kapsamında “Cronbach Alpha” değeri 0,924 olarak hesaplanmıştır (95).

ÇİİBRTYÖ 67 sorudan oluşan likert tipi bir ölçek olup, ölçekte;

1. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)
2. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (15 madde)
3. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
4. İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (12 madde)
5. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (6 madde)

6. ÇİVİ’de ailesel özellikler (8 madde)ile ilgili alt ölçekler mevcuttur.

Alt ölçeklerden

1. Alt ölçek 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,16,17,18,19,20. sorular;
2. Alt ölçek 14,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,67. sorular;
3. Alt ölçek 21,22,23,24,25,26,27. sorular;
4. Alt ölçek 42,43,44,45,46,47,48,49,50,55,60,66. sorular;
5. Alt ölçek 41,51,52,53,54,56. sorular;
6. Alt ölçek 57,58,59,61, 62,63,64,65. sorulardan oluşmaktadır.

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” kelimelerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur.

Ölçekte yer alan; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51,53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67. sorular için verilen “çok doğru” cevabına 5 puan, “oldukça doğru” cevabına 4 puan, “kararsızım” cevabına 3 puan, “pek doğru değil” cevabına 2 puan, “hiç doğru değil” cevabına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63. sorular için “çok doğru” cevabı 1 puan, “oldukça doğru cevabı 2 puan, “kararsızım” cevabı 3 puan, “pek doğru değil” cevabı 4 puan, “hiç doğru değil cevabı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları hesaplanmıştır. Katılımcıların puan ortalamasının 5’e yaklaşması soruları doğru olarak cevapladıklarını, 5’ten uzaklaşması yanlış cevapladıklarını göstermektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.9240, 1.alt ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.8653, 2.alt ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.8310, 3.alt ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.8072, 4. alt ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.8920, 5. alt ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.5960 ve 6. alt ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.8552 olarak hesaplanmış olup ölçeğin güvenilir olduğu görülmektedir.

3.10.Verilerin Analizi

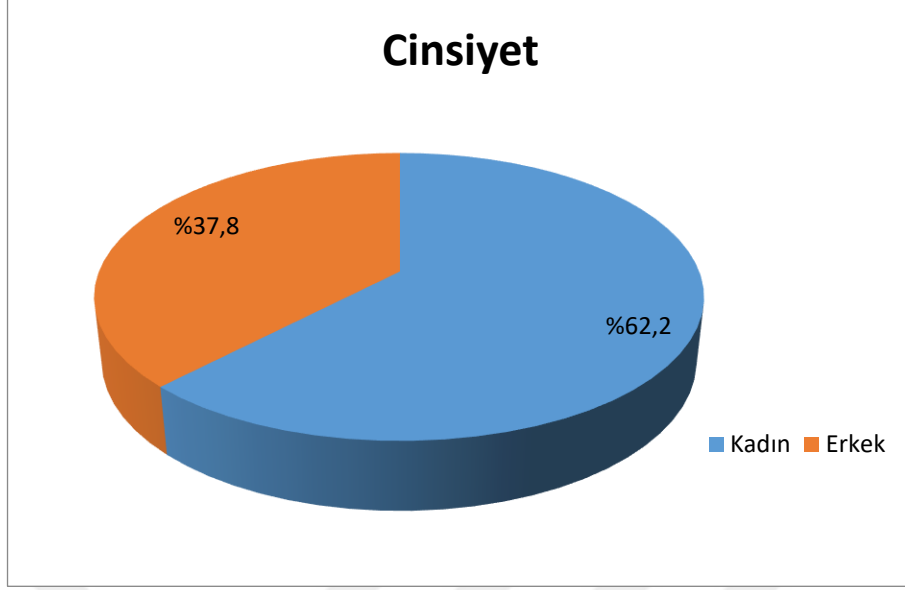
Araştırmada elde edilen bilgiler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak incelenmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, minimum(min)-maksimum(max) değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla “Cronbach Alfa Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi; normal dağılıma sahip olmayan verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır.

4. BULGULAR

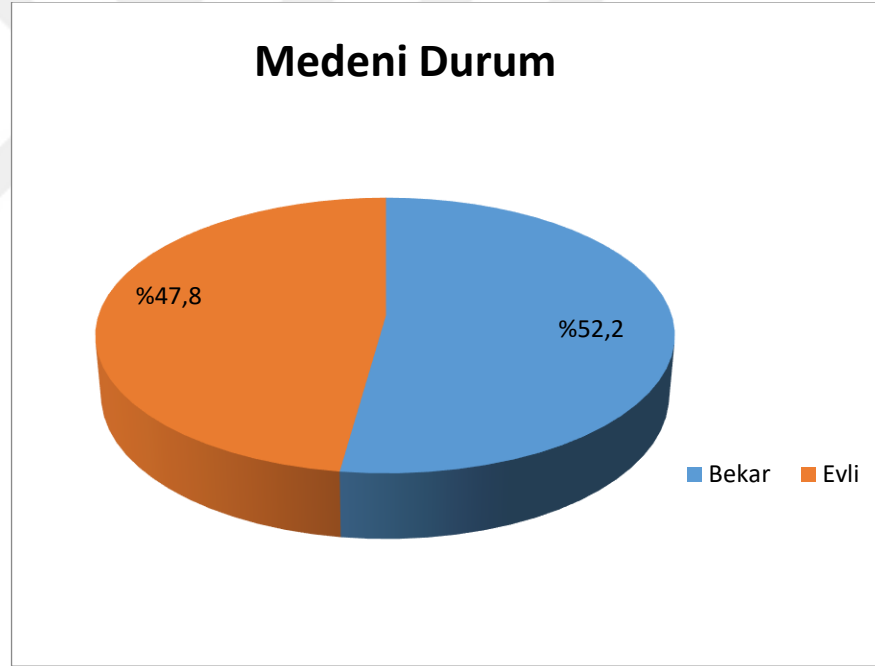
Tablo 1: Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş ($\bar{X}\pm SS$: 29,33 \pm 2,72)	25-27	27	30,0
	28-30	37	41,1
	31-38	26	28,9
Cinsiyet	Kadın	56	62,2
	Erkek	34	37,8
Medeni Durum	Bekar	47	52,2
	Evli	43	47,8
Çocuk Durumu	Yok	73	81,1
	1 çocuk	13	14,4
	2 ve üzeri	4	4,4
Tıp fakültesi Mezuniyet Süresi (yıl) ($\bar{X}\pm SS$: 4,27 \pm 2,19)	5 yıl altı	48	53,3
	5 yıl ve üzeri	42	46,7
Toplam		90	100,0

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, %30'unun 25-27, %41,1'inin 28-30, %28,9'unun 31-38 aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %62,2'sinin kadın, %37,8'inin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %52,2'sinin bekâr, %47,8'inin evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların %81,1'inin çocuğu olmadığı, %14,4'ünün 1 çocuğu, %4,4'ünün 2 ve üzeri çocuğu olduğu görülmektedir. Katılımcıların tıp fakültesinden mezuniyet süreleri incelendiğinde, %53,3'ünün 5 yıl altı, %46,7'sinin 5 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir.



Şekil 1: Katılımcıların cinsiyet dağılımları



Şekil 2: Katılımcıların medeni durum dağılımları

Tablo 2: Katılımcıların çocuk istismarı sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Değişkenler		n	%
Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim aldınız mı?	Evet	47	52,2
	Hayır	43	47,8
Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?	Evet	12	25,5
	Hayır	35	74,5
Çalışma hayatınız boyunca çocuk istismarı ve veya ihmali vakalarıyla karşılaştınız mı?	Evet	37	41,1
	Hayır	53	58,9
Karşılaştığınız vakaya yaklaşımınızı yeterli buluyor musunuz?	Evet	15	40,5
	Hayır	22	59,5
Çocuk istismarı ve veya ihmali vakasıyla karşılaştığınızda bildirimde bulundunuz mu?	Evet	24	64,9
	Hayır	13	35,1
Çalıştığınız kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunuzda ne yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?	Evet	46	51,1
	Hayır	44	48,9
Çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak ister misiniz?	Evet	80	88,9
	Hayır	10	11,1
Toplam		90	100,0

Katılımcıların %52,2'sinin tıp fakültesi mezuniyet öncesi ÇİVİ konularında eğitim aldığı, eğitim alanların yalnızca %25,5'inin aldığı eğitimi yeterli bulduğu, çalışma hayatı boyunca ÇİVİ vakalarıyla karşılaşan 37 hekimden yalnızca %40,5'inin karşılaştığı vakaya yaklaşımını yeterli bulduğu görülmüştür. Bu bulgular ÇİVİ konularındaki eğitim ihtiyacının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Vaka ile karşılaşan hekimlerin %35,1'inin çocuk istismarı ve/veya ihmali vakasıyla karşılaştığında bildirimde bulunmadığı görülmektedir. Yasal olarak bildirim zorunlu, bildirilmediği takdirde yaptırımlarının olduğu halde hekimlerin bildirim konusunda çekimser davrandıkları görülmektedir. Yine hekimlerin %51,1'inin çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bildiği, %88,9'unun ÇİVİ hakkında eğitim almak isteği görülmektedir.

Tablo 3: Araştırmada kullanılan ölçeğin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek ve Alt Boyutları	N	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
ÇİVİ	90	3,13	4,88	4,10	0,34
İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	90	3,37	5,00	4,28	0,33
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	90	2,93	4,73	4,09	0,34
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	90	3,29	5,00	4,38	0,46
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	90	2,92	5,00	3,95	0,53
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	90	2,33	5,00	3,62	0,66
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	90	2,75	5,00	4,09	0,55

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3'te verilmiştir. ÇİİBRTYÖ genel puan ortalaması $4,10 \pm 0,34$ olarak hesaplanmış olup 3'ten büyük saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda çalışmamıza katılan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olduğu söylenebilir.

Tablo 4: Katılımcıların yaşlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

YAŞ	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
25-27	4,34±0,31	4,15±0,32	4,52±0,47	4,04±0,61	3,75±0,72	4,1±0,59	4,18±0,37
28-30	4,29±0,37	4,11±0,4	4,34±0,49	4,02±0,46	3,68±0,71	4,23±0,49	4,13±0,36
31-38	4,23±0,32	4±0,29	4,3±0,39	3,78±0,52	3,41±0,49	3,89±0,54	3,99±0,29
F testi	0,674	1,437	3,456 ^H	2,090	2,037	3,000	2,326
p	0,512	0,243	0,178	0,130	0,137	0,055	0,104

^H:Kruskal Wallis H testi

Katılımcıların yaşlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların yaşlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 5: Katılımcıların cinsiyetlerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

CİNSİYET	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kadın	4,33±0,33	4,11±0,34	4,42±0,42	3,96±0,5	3,61±0,63	4,06±0,51	4,12±0,33
Erkek	4,22±0,34	4,06±0,36	4,32±0,53	3,95±0,59	3,65±0,74	4,14±0,61	4,08±0,37
t testi	1,529	0,543	-0,757 ^z	0,097	-0,280	-0,693	0,505
p	0,130	0,589	0,449	0,923	0,780	0,490	0,615

* $p < 0,05$ ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların cinsiyetlerine göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 6: Katılımcıların medeni durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

MEDENİ DURUM	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Bekar	4,31±0,35	4,12±0,35	4,48±0,44	3,98±0,55	3,58±0,67	4,05±0,57	4,12±0,35
Evli	4,26±0,33	4,06±0,35	4,28±0,47	3,93±0,52	3,68±0,66	4,13±0,53	4,08±0,35
t testi	0,657	0,900	-2,105	0,364	-0,705	-0,692	0,572
p	0,513	0,371	0,035*	0,717	0,483	0,491	0,569

* $p < 0,05$ ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların medeni durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların medeni durumlarına göre ihmalin çocuk üzerindeki

belirtileri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Bekar katılımcıların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puanlarının evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yok	4,29±0,33	4,11±0,32	4,42±0,48	4±0,52	3,64±0,65	4,11±0,54	4,12±0,34
Var	4,3±0,39	4,02±0,45	4,23±0,37	3,77±0,54	3,56±0,74	4,02±0,61	4,02±0,39
t testi	-0,128	0,982	-1,729 ^z	1,616	0,456	0,577	1,066
p	0,899	0,329	0,084	0,110	0,649	0,565	0,289

* $p < 0,05$ ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların çocuk durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların çocuk durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 8: Katılımcıların tıp fakültesi mezuniyet sürelerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
5 yıl altı	4,3±0,35	4,11±0,37	4,42±0,51	4,03±0,57	3,7±0,68	4,12±0,55	4,14±0,37
5 yıl ve üzeri	4,28±0,33	4,07±0,32	4,35±0,4	3,88±0,48	3,54±0,65	4,06±0,56	4,07±0,32
t testi	0,281	0,440	-0,935 ^z	1,351	1,102	0,516	0,992
p	0,779	0,661	0,350	0,180	0,274	0,607	0,324

* $p < 0,05$ ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların tıp fakültesi mezuniyet sürelerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların tıp fakültesi mezuniyet sürelerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 9: Katılımcıların tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

MEZUNİYET ÖNCESİ EĞİTİM ALMA DURUMU	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler	Çİİ
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Evet	4,34±0,27	4,17±0,29	4,43±0,49	4,06±0,55	3,80±0,64	4,22±0,49	4,19±0,32
Hayır	4,23±0,39	4,01±0,39	4,34±0,43	3,84±0,49	3,44±0,65	3,96±0,59	4,01±0,36
t testi	1,599	2,243	-0,963 ^z	1,916	2,648	2,284	2,451
p	0,114	0,027*	0,336	0,059	0,010*	0,025*	0,016*

* $p<0,05$ ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların tıp Fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puanları, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme, çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçeği puanları, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, istismar

ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt boyut puanlarının eğitim almayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu ışığında eğitimin hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi ve farkındalık düzeyinde etkisinin önemi anlaşılmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların çalışma hayatı boyunca çocuk istismarı ve/veya ihmali vakalarıyla karşılaşma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

ÇİVİ VAKASIYLA KARŞILAŞMA DURUMU	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	4,32±0,34	4,13±0,35	4,49±0,40	3,96±0,5	3,58±0,7	4,05±0,55	4,13±0,34
Hayır	4,27±0,34	4,06±0,34	4,31±0,49	3,95±0,56	3,66±0,65	4,12±0,55	4,09±0,35
t testi	0,756	0,978	-1,980 ^z	0,091	-0,591	-0,588	0,518
p	0,452	0,331	0,048*	0,927	0,556	0,588	0,606

*p<0,05 ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların çalışma hayatı boyunca çocuk istismarı ve veya ihmali vakalarıyla karşılaşma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların çalışma hayatı boyunca ÇİVİ vakalarıyla karşılaşma durumlarına göre ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Çalışma hayatı boyunca ÇİVİ vakalarıyla karşılaşan katılımcıların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puanlarının karşılaşmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu ışığında ÇİVİ konusunda bilgi düzeyi yüksek hekimlerin olası vakaları daha az atladıkları için daha çok vaka ile karşılaştıkları söylenebilir.

Tablo 11: Katılımcıların çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bilme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

OLASI VAKA ŞÜPHESİNDE NE YAPMASI GEREKTİĞİNİ BİLME DURUMU	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	4,36±0,32	4,17±0,3	4,49±0,44	3,98±0,5	3,7±0,65	4,1±0,55	4,17±0,31
Hayır	4,21±0,35	4,0±0,37	4,27±0,47	3,93±0,56	3,55±0,68	4,08±0,56	4,04±0,37
t testi	2,160	2,345	-2,365 ^z	0,379	1,116	0,203	1,790
p	0,034*	0,021*	0,018*	0,705	0,267	0,839	0,077

*p<0,05 ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bilme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bilme durumlarına göre istismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bilen katılımcıların istismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puanlarının ne yapması gerektiğini bilmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 12: katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak isteme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

ÇİVİ KONUSUNDA EĞİTİM ALMA DURUMU	İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	ÇİVİ
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Evet	4,3±0,35	4,09±0,35	4,39±0,45	3,93±0,54	3,59±0,66	4,07±0,55	4,1±0,35
Hayır	4,2±0,23	4,07±0,32	4,3±0,58	4,15±0,43	3,9±0,66	4,24±0,52	4,14±0,35
t testi	0,868	0,227	-0,571 ^z	-1,230	-1,388	-0,888	-0,371
p	0,388	0,821	0,568	0,222	0,169	0,377	0,712

* $p < 0,05$ ^z:Mann Whitney U testi

Katılımcıların ÇİVİ hakkında eğitim almak isteme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması için normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak isteme durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık rastlanan, gizlendiği, tanı konulmadığı ve yeterli bildirim yapılmadığı için sanıldığından daha sık meydana gelen, çocuk ve ailesini derinden etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hekimlerin ÇİVİ belirti ve risklerini tanınması ve herhangi bir olguda şüphe duyduğunda ilgili birimlere bildirimde bulunmaları hem etik hem de yasal zorunluluğudur. Çalışmamızda Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 90 uzmanlık öğrencisinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma durumunu, konu ile ilgili bilgi düzeylerini, olası vakalara yaklaşımlarını, bunların sosyo-demografik verilerle olan ilişkisini değerlendirmekle beraber hekimlerin tanı, bildirim ve önleme konularında duyarlılıklarının artırılması, bu konuda yapılan eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve eğitim çalışmalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasının $29,33 \pm 2,72$ olduğu, yaş dağılımları incelendiğinde %30'unun 25-27, %41,1'inin 28-30, %28,9'unun 31-38 aralığında olduğu görülmektedir. İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan çocuk hasta muayene eden hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da yaş ortalaması 29,13 olarak saptanmıştır (96). Akçay(97) tarafından İstanbul Üniversitesi'nde görev yapan 76 uzmanlık öğrencisinin ÇİVİ konusunda bilgi ve tutumlarını saptamak amacıyla yapılan çalışmada hekimlerin yaş ortalaması 29 olarak hesaplanmıştır. Tüm bu çalışmalar incelendiğinde çalışmamızdaki hekimlerin yaş ortalamasının diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %62,2'sinin kadın, %37,8'inin erkek olduğu görülmektedir. Yaman'ın (98) Cumhuriyet Üniversitesinde görev yapan 95 asistan hekim üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların 41'inin (%43,16) erkek; 54'ünün (% 56,84) kadın olduğu görülmüştür. Trabzon Tıp Fakültesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ÇİVİ bilgi, tutum ve davranışlarının araştırıldığı başka bir çalışmada kadınların oranı %60 iken erkeklerinki %39 olarak saptanmıştır (99). Çalışmamızdaki cinsiyet dağılımının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %52,2'sinin bekâr, %47,8'inin evli olduğu görülmektedir. 2018 yılında Bahadır (100) tarafından Kocaeli Üniversitesinde görev yapan asistan hekimlerin katılımıyla yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan asistanların %51,7'sinin bekâr, %48,3 'ünün evli olduğu belirtilmiştir. Araştırmadaki katılımcıların medeni durumlarının benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların 73 (%81,1)'ünün çocuğu olmadığı, 13 (%14,4)'ünün 1 çocuğu, 4 (%4,4)'ünün 2 ve üzeri çocuğu olduğu görülmektedir. Aydın'da birinci basamakta çalışan hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmali tanıma durumlarının araştırıldığı bir çalışmada (101) araştırmaya katılan asistanların %23,7'si çocuk sahibi iken, %76,3'ünün çocuğu olmadığı görülmüştür. Asistan hekimler üzerinde yapılan benzer çalışmalarda çocuk sahibi olma oranları çalışmamızla uyumlu olup sahada çalışan uzman ve pratisyen hekimlerin dâhil edildikleri çalışmalarda çocuk sahibi olma oranlarının tam tersi olduğu görülmüştür. Bu durumun çalışmamıza dâhil edilen hekimlerin yaş ortalamasının daha düşük olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hekimlerin tıp fakültesi mezuniyet sürelerine bakıldığında, %53,3'ünün 5 yıl altı, %46,7'sinin 5 yıl ve üzeri olduğu, asistan hekimler üzerinde yapılan benzer çalışmalarda hekimlerin tıp fakültesinden mezuniyet süreleri ile uyumlu olduğu görülmüştür (99,100).

Bizim araştırmamızda katılımcıların %52,2'sinin tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim aldığı, eğitim alanların %25,5'inin aldığı eğitimi yeterli bulduğu görülmüştür. Şanlıurfa'da görev yapan çocuk hastalıkları ve çocuk cerrahisi uzmanları ile yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan 60 hekimin %55'i mezuniyet öncesi, %21,7'si de mezuniyet sonrası ÇİVİ ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmiştir. Fakat eğitim alanların yaklaşık yarısı kadarı aldıkları eğitimi yetersiz bulmuştur (102).

Metinyurt' un (103) sağlık çalışanlarının dâhil edildiği çalışmasında katılımcıların %40,9'unun mezuniyet öncesi ÇİVİ konusunda eğitim aldığını fakat eğitim alanların da yaklaşık üçte ikisi bu eğitimi yetersiz bulduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda elde edilen bu bulgu mezuniyet öncesi ve sonrası alınan eğitimin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan hekimlerin %41,1'i çalışma hayatı boyunca çocuk istismarı ve/veya ihmali vakalarıyla karşılaştığını belirtmiştir. Bahadır'ın(99) Kocaeli Tıp Fakültesi'nde görev yapan asistan hekimler ile yaptığı çalışmada katılımcıların %62,9'unun hayatları boyunca istismardan, %75'i ihmalden, %60,8'i ihmal ve istismarın her ikisinden şüphe duyduğunu belirtmişlerdir. Paek'in 2019'da Güney Kore'de birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanları ile yaptığı bir araştırma sonucunda katılımcıların %32,9'unun ÇİVİ ile karşılaştığını belirtmiştir. Benzer çalışmalarda da olduğu gibi çalışmamıza katılan hekimlerin ÇİVİ ile karşılaşma oranlarının düşük olduğu görülmüş ve bu sonucun vakadan şüphe edilebilmesi için gereken farkındalığın olmamasına bağlı olabileceği düşünülmektedir (104).

Araştırmamıza katılan çalışma hayatı boyunca ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin %40,5'inin karşılaştığı vakaya yaklaşımını yeterli bulduğunu, %59,5'unun kendini yetersiz hissettiği saptanmıştır. Çetin'in (105). İzmir'de görev yapan aile hekimliği asistanlarının bilgi düzeyinin belirlenmesini amaçladığı çalışmada 130 katılımcının yarısının kendini ÇİVİ konusunda yetersiz gördüğü belirtilmiştir. Yine aynı çalışmaya dâhil edilen hekimlerin %14,6'sı doktor olarak çalıştıkları dönemde çocuk istismarı olgusu ile karşılaştığını ve bu vaka yönetimleri sırasında %78,9'unun bildirim ve yasal süreç konularında güçlük çektikleri belirlenmiştir. Çalışmaya dâhil edilen hekimlerin 96,9'unun çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma isteklerini beyan ettikleri görülmektedir. Bizim çalışmamızda ve diğer benzer çalışmalarda görüldüğü gibi hekimlerin çoğunluğunun kendilerini ÇİVİ konularında yetersiz hissetmelerinin eğitim yetersizliğine bağlı bilgi ve farkındalık eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan ve ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin %64,9'u tanı koydukları vakalar için bildirimde bulunduğunu, %35,1'inin bildirim konusunda çekimser davrandığı görülmüştür. Kara ve ark. 2014 yılında ortaya koydukları benzer bir araştırmada hekimlerin %15'inin bildirim yapmaktan çekindiği belirlenmiştir (106). Lazenbatt ve Freeman'ın birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk istismarı farkındalığını araştırdıkları çalışmada, araştırmaya katılanların %74'ü ÇİVİ vakalarının bildirimini zorunlu olduğunu bilmelerine karşın, %79'u eğitim ihtiyaçları bulunduğunu ifade etmişlerdir (107). Literatür incelendiğinde geçmişten günümüze

ÇİVİ konularında yapılan eğitim çalışmalarının artışına rağmen çalışmamızda da görüldüğü gibi ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin bildirim yapmaktaki çekimser tutumlarının; yasal sürece ilişkin bilgilerinin olmaması, çocuk ve aileyi nasıl bir durumun beklediğini bilmemesi, çalıştığı birimlerde ÇİVİ tanı-tedavi-bildirimi konularında bir prosedür olmaması, kendi başlarına olumsuz bir şey geleceğinden endişe duymaları, adli makamların ve sosyal destek kurumlarının konuyla ilgilenmeyeceklerini düşüncesine sahip olmalarından kaynaklandığı görülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin %51,1'inin çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bildiğini %48,9'unun kendini bu konuda yetersiz hissettiğini belirtmiştir. Mavili'nin 2016'da Burdur'da görevli sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada çalışmaya dâhil edilen aile hekimlerinin %47,5'inin kendini ÇİVİ konusunda yeterli hissetmediği belirtilmiştir (108). Solak'ın (109) aile hekimlerinin katıldığı çalışmasında, olası çocuk istismarı ve ihmali vakalarına yaklaşımları konusunda hekimlerin yalnızca %27,8'i kendisini yeterli olarak değerlendirmiştir. Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda da görüldüğü üzere hekimlerin olası ÇİVİ vakalarında kendilerini yetersiz hissetmeleri ve büyük oranlarda eğitim ihtiyaçlarının olduğunu belirtmeleri göz önünde bulundurulduğunda bu durumun mezuniyet öncesi ve sonrası alınan eğitimlerin yetersiz olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Hekimlerin eğitim ihtiyacı sorgulandığında çalışmamamıza katılan hekimlerin %88,9'u çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim almak istediğini belirtmiştir. Akçay'ın (97) asistan hekimlerle yaptığı çalışmasında hekimlerin %93,4'ü ÇİVİ konusunda eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir. Literatürde benzer çalışmalar tarandığında hekimlerin ÇİVİ konularında bilgi ve tutumlarını yeterli bulmadığı ve eğitim ihtiyaçlarının farkında olup, olanak bulduklarında eğitim almak istedikleri görülmüştür.

Katılımcıların bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmek amacı ile 67 soruluk ÇİİBRTYÖ uygulanmıştır. Hekimlerimizin ölçek puan ortalaması: $4,10 \pm 0,34$ olarak hesaplanmıştır. İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyut puan ortalamaları $4,28 \pm 0,33$ olarak, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt boyut puan ortalamaları $4,09 \pm 0,34$ olarak, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puan ortalamaları $4,38 \pm 0,46$ olarak, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn

özellikleri alt boyut puan ortalamaları $3,95\pm 0,53$ olarak, istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme alt boyut puan ortalamaları $3,62\pm 0,66$ olarak ve çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt boyut puan ortalamaları $4,09\pm 0,55$ olarak bulunmuştur. Kılıç'ın (101) 2021 yılında Aydın'da birinci basamak hekimleri ile yaptığı çalışmada ÇİİBRTYÖ puan ortalaması $4,0\pm 0,4$ olarak hesaplanmıştır. Yaman'ın (98) Cumhuriyet Üniversitesinde görev yapan 95 asistan hekim üzerinde yaptığı çalışmada ÇİİBRTYÖ ölçeği kullanmış olup katılımcıların ölçek puan ortalaması $3,94\pm 0,71$ olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin ortalama ölçek puanı benzer çalışmalarla uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda sosyo-demografik verilere göre ÇİİBRTYÖ puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların cinsiyetine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sonucunda; katılımcıların cinsiyetlerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). 2006 yılında Kocaer'in hemşire ve doktorlarla yaptığı çalışmasında (110) ÇİİBRTYÖ puanlarında katılımcıların cinsiyetlerine göre farklılık olmadığı saptanmıştır. Kara'nın (106) Ankara Üniversitesi'nde 2010 senesinde 550 hekimin katıldığı hekimlerin çocuk istismarı konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi düzeylerini cinsiyete göre değerlendirmesinde kadınların ortalama bilgi düzeyinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır. Alandaki diğer çalışmalar incelendiğinde cinsiyetin ÇİVİ bilgi ve farkındalığında etkin rol oynadığını gösteren çalışmalar olduğu, fakat çoğunlukla bizim çalışmamızda da olduğu gibi bilgi düzeyinin cinsiyet faktöründen etkilenmediği görülmektedir.

Bilgiç'in (113) 2015 yılında Denizli'de ebe ve hemşireler ile yaptığı benzer bir çalışmasında katılımcıların yaş grupları ile ÇİİBRTYÖ puanları karşılaştırıldığında yaş faktörünün bilgi düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür. ($p>0,05$). Van'da görev yapan 251 sağlık çalışanı ile yapılan bir başka çalışmada (112) da sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır ($p>0,05$). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da katılımcıların yaşlarına göre ÇİİBRTYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Alandaki benzer çalışmalar incelendiğinde Kılıç'ın(101) çalışmasında da araştırmaya katılan hekimlerin ÇİİBRTYÖ'den aldıkları ölçek puanları, medeni duruma göre karşılaştırılmış, genel ölçek puanında anlamlı bir farklılık ortaya konulmamıştır. Yükseler(111) 'in çalışmasında evli ve bekâr aile hekimleri arasında genel ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadığı görülmüştür. Benzer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da katılımcıların medeni durumlarına göre ÇİVİ belirti ve risklerini tanıma düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmamızda asistan hekimlerin çocuk sahibi durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Yaman'ın (97) 2017'de Sivas'ta görev yapan asistan hekimlerin ÇİVİ bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçladığı çalışmasında hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sarıyar(112) ve Yükseler'in (111) çalışmalarında da çocuk sahibi olma durumu ölçek puanlarında anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere hekimlerin çocuk sahibi olup olmamalarının ÇİVİ olgularını tanımlarına istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı söylenebilir.

Araştırmamızda katılımcıların tıp fakültesi mezuniyet sürelerine göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Garussi ve arkadaşları 2007 yılında İran'da 197 hekimle yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak hekimlerin mesleki deneyimin çocuk istismar ve ihmali konusundaki bilgi düzeyine etkisi olmadığı görülmüştür (115). Kocaer'in (109) 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada yine benzer olarak hekimlerin çalışma yılları ile çocuk istismarı ve ihmali tanıma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Sarıyar (112) ve Yükseler 'in (111) çalışmalarında da benzer bulgular olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Erol'un (114). İstanbul'da 2018 yılında pediatri asistan ve uzmanları ile yaptığı benzer bir çalışmada mesleki deneyimin ÇİVİ bilgi ve farkındalığında etkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak ÇİVİ bilgi ve farkındalığının meslekte çalışma yılı ile değil, olası vakalarla karşılaşma sıklığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puanları kıyaslandığında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alan katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanları, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini bilme, çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt boyut puanlarının eğitim almayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bahadır'ın (100) Kocaeli üniversitesinde görev yapan asistan hekimlerin ÇİVİ bilgi düzeyini araştırdığı çalışmasında katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ölçen sorularda aldığı ortalama puanlara bakıldığında, mezuniyet öncesi ÇİVİ konusunda eğitim aldığını belirten asistan hekimlerin ortalama puanı eğitim almadığını ifade eden asistan hekimlerin ortalama puanından daha yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Solak'ın (108) Adana'daki aile hekimleri ile 2018 senesinde yaptığı çalışmasında konu ile ilgili eğitim aldığını beyan eden hekimlerle, almadığını belirten hekimler arasında ÇİİBRTYÖ genel ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Demir'in (51) Edirne'deki aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesi amacı ile yaptığı araştırmada çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim aldığını belirten hekimlerin almayanlara nazaran ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Beklendiği üzere benzer çalışmalarda sonuçlardan da yola çıkarak mezuniyet öncesi ve/veya sonrası alınan eğitimin, hekimlerin ÇİVİ farkındalık ve bilgi düzeylerini belirlemede etkin rol oynadığı söylenebilir.

Çalışmamıza göre meslek hayatı süresince çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşan hekimlerin konu ile ilgili toplam bilgi düzeyleri, çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşmayan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Kılıç'ın (101) Aydın'da görev yapan aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma durumunun araştırıldığı çalışmasında hekimlerin meslek hayatı boyunca çocuk istismarı olgusuyla karşılaşmış ve karşılaşmamış hekimlerin bilgi ve farkındalıklarında anlamlı düzeyde fark oluşturmamıştır. Alanda yapılan diğer benzer çalışmalarda da aynı sonuca ulaşılmıştır. Tüm bu çalışmalardan farklı olarak Solak'ın (108) Adana'da aile hekimleri ile yapmış olduğu bir çalışmada doktorluk meslekleri süresince çocuk istismar ve ihmali vakası ile karşılaşan

hekimlerde ÇİİBRTYÖ puanlarının bizim çalışmamızda olduğu gibi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde ÇİVİ vakaları ile karşılaşma durumları ile bilgi düzeylerinin alakalı olmadığına dair çalışmalar olsa da olası vakaların tanısı için gerekli şüphenin ancak yeterli bilgi düzeyi ile sağlanabileceği bilinmektedir. Bizim çalışmamızda ve Solak'ın (108) çalışmasında da ÇİVİ vakası ile karşılaşan hekimlerin ölçek puanlarının yüksek saptanmasının nedeni çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalığı yüksek olan hekimlerin olası istismar vakalarını daha az atlayıp teşhis koyabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bilme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sonucunda çalıştığı kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunda ne yapması gerektiğini bilen katılımcıların istismarın çocuklardaki fiziksel belirtileri, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyut puanlarının ne yapması gerektiğini bilmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışmamızda ortaya çıkan bu sonuç yüksek bilgi düzeyinin hekimlerde olgu yaklaşımında bir özgüven kaynağı olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇLAR

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gündemde olan önlenebilir, meydana geldiğinde çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını derinden etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. ÇİVİ'yi tanımak ve sonuçlarını yönetmekte hekimlere büyük görev düşmektedir. Hekimlerin gizlenen ve saptanması güç olan bu durumların teşhisini koyabilme ve süreci yönetebilme becerisine sahip olmaları gerekmektedir. ÇİVİ şüphesi duyan hekimlerin ilgili birimlere bildirim yapmaları yasal zorunluluktur ve yapılmadığında kanunen yaptırımları mevcuttur. Bu bağlamda biz de çalışmamızda Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan uzmanlık öğrencilerinin ÇİVİ konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini, buna etki eden sosyo-demografik değişkenleri ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemeyi amaçladık. Çalışmamızın sonuçları şu şekildedir:

- Çalışmamıza katılmayı gönüllü olarak kabul eden 90 hekimin ÇİVİ konusunda bilgi düzeyini cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı gibi parametrelerin etkilemediği görülmüştür.
- Araştırmamızda katılımcıların %52,2'sinin tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim aldığı, eğitim alanların %74,5'inin aldığı eğitimi yeterli bulmadığı görülmüştür.
- Tıp fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim alan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımada eğitim almayan katılımcılara oranla bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç ÇİVİ bilgi ve farkındalığı için eğitimin önemini diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da göstermektedir.
- Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan hekimlerin %41,1'i çalışma hayatı boyunca çocuk istismarı ve/veya ihmali vakalarıyla karşılaştığını belirtmiştir. Çalışma hayatı boyunca ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin %40,5'inin karşılaştığı vakaya yaklaşımını yeterli bulduğunu, %59,5'unun kendini yetersiz hissettiği saptanmıştır.
- Çalışmamıza katılan ve ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin %64,9'u tanı koydukları vakalar için bildirimde bulunduğunu %35,1'inin yasal zorunluluk olmasına rağmen bildirim konusunda çekimser davrandığı görülmüştür. Literatür tarandığında hekimlerin bildirim konusundaki çekimserliğinin nedenleri büyük oranda bilgi

eksikliği, bildirim sonrası çocuğu, aileyi ve hekimi bekleyen yasal sürecin belirsizliği olduğu görülmüştür (99,100,114). Hekimler ÇİVİ 'den şüphe duyduklarında tereddüt duymaksızın kolluk kuvvetlerine bildirimde bulunabilmelidir. Bunun için de çalıştıkları kurumda ÇİVİ olguları için uygulanacak bir prosedür oluşturulmalı, hekimler hizmet içi eğitimlerle bu prosedür hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

- Çalışmamızda meslek hayatı süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşan hekimlerin konu ile ilgili toplam bilgi düzeyleri, çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşmayan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonucun çocuk istismarı ve ihmali konusunda yeterli bilgi ve farkındalığa sahip hekimlerin olası istismar vakalarını daha az atlayıp teşhis koyabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

- Hekimlerin eğitim ihtiyacı sorgulandığında çalışmamamıza katılan hekimlerin %88,9'u çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak istediğini belirtmiştir. Bu bulgu hekimlerin ÇİVİ belirti ve risklerini tanımanın önemi kadar bu konularda kendi eksikliklerinin farkında olduklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

- Çalışmamızda ortaya çıkan benzer çalışmalarda da ortaya konulan sonuçlara dayanarak uzmanlık öğrencilerin ÇİVİ konularında yeterli bilgi ve farkındalıkları olduğu fakat olası vakalara yaklaşımları konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri, aldıkları eğitimi yeterli bulmadıkları ve bildirim konusunda bilgi eksiklikleri olduğu görülmüştür.

ÇİVİ ciddi sonuçları olabilen fakat önlenilebilir bir problem olması nedeniyle birincil amaç risklerin belirlenip çocuk zarar görmeden engellenmesidir. Bu durum çocukların, ailelerin, eğitimcilerin konu hakkında bilgilendirilip farkındalıkları sağlanması ve devletin toplumda risk oluşturabilecek durumların tedbirlerini alması ile sağlanabilir. Bir çocuk istismara ve/veya ihmale uğradığında ise hekimlere büyük görev düşmektedir. İstismara uğramış ve/veya ihmal edilmiş bir çocuğu tanıyıp uygun yaklaşımla bildirim yapılması, gerektiğinde tedavi sürecinin yönetilmesi çocuğu olası başka istismarlardan koruduğu gibi bazı durumlarda hayatını kurtarmaktadır. Hekimlerin gerek mezuniyet öncesi derslerle gerekse mezuniyet sonrası planlanan hizmet içi eğitimlerle çocuk istismarı ve ihmali gibi tanısı zor, atlanması kolay bir konuda yeterli bilgi ve farkındalığa ulaşmaları sağlanmaya çalışılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Türkkan, T., Odacı, H. & Bülbül, K. (2021). Çocuk İstismarı ve İhmalini Anlamak: Ekolojik Bir Yaklaşım. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32 (2) , 709-728, 2021
2. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization, 2022.
3. Gonzalez D, Bethencourt Mirabal A, McCall JD. Child Abuse and Neglect. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 4, 2022.
4. Kürklü, A. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
5. TÜİK. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2020.
6. Brown CL, Yılanlı M, Rabbitt AL. Child Physical Abuse And Neglect. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 14, 2022.
7. 25. UNICEF, Türkiye’de Çocuk İstismarı Ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu, 2010.
8. Petersen AC, Joseph J, Feit M, Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice; Institute of Medicine; National Research Council. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research..*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Mar 25.
9. Koca M. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 3(1), 2012.
10. Guenther E, Knight S, Olson LM, Dean JM, Keenan HT. Prediction of child abuse risk from emergency department use. *J Pediatr*. 154:272-7, 2009
11. Yalçın N., İnce D., Acar Y., Kandırıcı A., Atılğan H. Üç Olgu Sunumu ile Çocuk İstismarına Yaklaşım. *Türkiye Çocuk Hast Derg*. 8(2): 86-89, 2014
12. Güngör H, Gülay Ogelman H. Çocuk Gelişimi Ön Lisans Öğrencilerine Göre “Çocuk” Kavramı. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*. 13(1), 581-599,2022.
13. Acehan S, Bilen A, Ay M. O, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *akt*. 22(4): 591-614, 2013.

14. Karakaş B. & Çevik, Ö. C. Çocuk Refahı: Çocuk Hakları Perspektifinden Bir Değerlendirme. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18 (3) , 887-906, 2016.
15. Avrupa Konseyi, (2016). Avrupa Konseyi Çocuk Hakları Stratejisi 2016,2016
16. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, UNİCEF Türkiye [https://www.unicef.org/turkiye/ çocuk-haklarına-dair-sözleşme](https://www.unicef.org/turkiye/çocuk-haklarına-dair-sözleşme) adresinden 01.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
17. Polat O. Çocuk Forumu Dergisi. (5) ,2002.
18. Polat O. Çocuk ve Şiddet, Der Yayınları, İstanbul, 2001
19. Dünya Sağlık Örgütü, Çocuk istismarının önlenmesi danışma toplantısı raporu, 29–31 Mart 1999. Cenevre, 1999
20. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı II, Seçkin yayıncılık, s.207–221,265–290, 229–248, 249–264, Ankara, 2007.
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 47: 140-151, 2004
22. Tardieu A, E' tude Me' dicole' gale sur les se' vices et mauvais traitements xerce' s sur des enfants. Ann Hyg Publique Med Leg. 13:361–98, 1860.
23. Dokgöz H, Afşin H. Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede diş hekiminin rolü. Adli Tıp Kurumu Yayınları, Ankara, 2004.
24. Bernet W. Çocuğa Kötü Muamele. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Editörleri). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Güneş Kitabevi, Ankara, 3412-23, 2007
25. Polat O. Çocuk istismarı. Klinik Adli Tıp, Seçkin Yayıncılık, s. 85– 133, 2004.
26. World Health Organization. (2006). Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499> adresinden Ekim 2022'de erişim sağlanmıştır.
27. Türkiye Aile Yapısı Araştırması, T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016.
28. Güler N, Uzun N, Boztaş Z & Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,24(3), 128-134, 2002.

29. Bilir Ş, Arı M, Donmez NB, Guneyusu S. 4-12 Yaşlar Arasında 16.000 Çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. Ankara: Ofset Tipo Matbaacılık San. Tic. Ltd Sti, 1999;9-
30. Martinkevich P, Larsen LL, Græsholt-Knudsen T, et al. Physical child abuse demands increased awareness during health and socioeconomic crises like COVID-19. *Acta Orthopaedica*. 91(5):527-533, 2020 Oct
31. Özcebe H. Güç koşullar altındaki çocuklar. In *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Eds:Ç Güler, L Akın):375- 417. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
32. Sarıfakıoğlu E, Erdal E. Çocuk İstismarına Eşlik Eden Deri Bulguları. *Dermatose* 3(3):143- 148, 2004.
33. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismar ve İhmali: Ortopedik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 35(2):27-33, 2004.
34. Koç F, Halıcıoğlu O, Akşit S. Which Findings May Suggest Physical Abuse? / Review. *The Journal of Pediatric Research* ,1(1):1-5, 2014.
35. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse, *J Am Acad Dermatol* 57(3): 371–92, 2007.
36. Pierce M C, Kaczor K, Aldridge S, O’Flynn J, Lorenz D J. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 125(1): 67–74, 2010.
37. Sheybani E F, Gonzales-Araiza G, Kousari Y M, Hulett R L, Menias C O. Pediatric nonaccidental abdominal trauma: what the radiologist should know. *RadioGraphics* 34(1): 139–53, 2014.
38. Schnitzer PG, Covington TM, Wirtz SJ, Verhoek-Ofstedahl W, Palusci VJ. Public health surveillance of fatal child maltreatment: Analysis of 3 state programs. *American Journal of Public Health*. 1;98(2):296–303, 2008 Feb.
39. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. A social and medical problem of children: Abuse. *Van Tıp Dergisi*, 17 (3): 108-113, 2010.
40. Sarıfakıoğlu E, Erdal E. Çocuk İstismarına Eşlik Eden Deri Bulguları. *Dermatose* 3(3):143- 148, 2004.
41. Ünlübay D, Bilaloğlu P, Uysal S. Çocuk İstismarının Radyolojik Tanı Göstergeleri, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*,10(8) 286-287, 2001.

42. Altıparmak S (2008). Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk bedeni üzerine etkileri. Çocuk Dergisi, 8(1), 9 – 13
43. Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. Apr;23(2):309-19, 2014.
44. Giangiacomo J, Barkett KJ. Ophthalmoscopic findings in occult child abuse. J Pediatr Ophthalmol Strabismus; 22(6): 234–237. 1985.
45. Joyce T, Gossman W, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma. 2022 Jul 23. In: StatPearls
46. Tiryaki A, Baran G. Bir Çocuk İstismarı Türü Olarak Münchausen By Proxy Sendromu, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (1-2-3), 107-124, 2017.
47. Yalcın G, Sayınbatur B, Karay E. Münchausen by Proxy Syndrome: Case Report. Forbes tıp dergisi (Online), (2022). 3(1), 87 - 90.
48. Bayrak, Nurten Gülsüm, Damla Akpınar, Fadime Üstüner Top, ve Sevda Uzun. "The Evaluation of Child Sexual Abuse: Child Advocacy Center Example". Journal of Dr Behcet Uz Children s Hospital 12(1) 67-75, 2022.
49. Saner S. "Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması (Bilgilendirme Dosyası)<https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/219201618057adresinden> 31.10.2022 de ulaşılmıştır.
50. Ersoy, E. , Çetintaş, A. , Aksüt, Y. "Relationship Between Concealment of Child Sexual Abuse And Sexual Stigma". İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 23 (2022): 59-78
51. Demir H. Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi- tıpta uzmanlık tezi. 2013
52. Koçak U, Alpaslan A. Cinsel İstismara Uğrayan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Ruhsal Değerlendirmesi. Adli Tıp Bülteni. 20(1): 27 – 33, 2015.
53. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 15, 153-157, 2006.
54. Alparslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Dergisi, Afyonkarahisar. 15(2):194-201, 2014.

55. Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 31(3), 225–231, 2018.
56. Bulut S. Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3(28): 139 – 156, 2007.
57. Dokgöz H, Saka N. Çocuk İstismarı ve İhmaline Adli Tıp Yaklaşımı, İzmir Barosu Çocuk Hakları Merkezi Süreli Yayını Çocuk Hakları Bülteni, 23 Nisan Özel Sayısı.11- 28, 2017.
58. Karameşe, O. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen enstest olgularının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Kocaeli, 2018.
59. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Negl.*33(1):27-35, 2009.
60. Child Abuse Statistics & Facts. (<http://www.childhelp.org/child-abuse-statistics/>. Adresinden 02.10.22 tarihinde ulaşılmıştır.)
61. Baysal S, İhmal- İstismar ve Çocuk. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. Epsilon Yayıncılık, 479-98, İstanbul, 2017.
62. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları, *Anadolu Psikiatri Dergisi* 2(2): 69-78, 2001.
63. Bilim G. “Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları: Duygu Düzenleme, Kişilerarası Tarz ve Genel Psikolojik Sağlık Açısından Bir İnceleme”, Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2012.
64. Köseoğlu V, Ayhan A, Beyazıt U. Medical Neglect Towards Children: Causes, Impacts, Prevention. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 665-674, 2021.
65. Şahin F. Çocuk İhmali: Tanı ve Tedavide Hekimler İçin İpuçları. *Klinik Pediatri* 1:103-6, 2002.
66. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: A meta-analytic Review of the Prevalence of Neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 48(3):345-55, 2013.

67. English DJ, LONGSCAN Investigators. Modified Maltreatment Classification System (MMCS). 1997.
68. Pelendecçoğlu B, Bulut S. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Dağlı T, İnanıcı MA. İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. 2011.
69. Cirit C, Yiğit R. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları, 2015.
70. Topbaşı M. İnsanlığın büyük ayıbı çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 3:76-80, 2004.
71. Anderson RE, Edwards LJ, Silver KE, Johnson DM. Intergenerational transmission of child abuse: Predictors of child abuse potential among racially diverse women residing in domestic violence shelters. Child Abuse Negl. 2018 Nov;85:80-90.
72. Deveci S. E., Açıık Y. Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. aktd. 12(4): 396-405, 2003.
73. Akço S, Aksel S, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H, Gürpınar S, İnanıcı MA, Oral G, Polat O, Sözen S, Fahin F, Tekeş SA, Topuzoğlu YA. Çocuk İstismarı ve İhmali Uygulama Kitabı Kullanım Kılavuzu, 2002.
74. WHO (2022) Child Maltreatment <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> adresinden (20.10.2022) tarihinde elde edilmiştir.
75. UNICEF: şiddet ile Disiplin, Cinsel İstismar ve Cinayetler Tüm Dünyada Milyonlarca Çocuğun Peşini Bırakmıyor, Basın Bülteni. 2017. [https://www.unicef.org/https://www.unicef.org/turkey/basınbülteni/unicef-adresinden 09/10/2022](https://www.unicef.org/https://www.unicef.org/turkey/basınbülteni/unicef-adresinden-09/10/2022) tarihinde elde edilmiştir.
76. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. Pediatr Rev 23: 191-6, 2002.
77. Sofuoğlu Z. Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç, F, & Akşit S. Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey. Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi. 49(1),47, 2014.
78. Akbaş E. Türkiye’de Çocuğa Karşı şiddet Durum Raporu, Uluslararası Çocuk Merkezi, Ankara, 2020.

79. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 15(9) 153 – 157, 2006.
80. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 6(1):67-78, 2014.
81. Tekin H.H. "Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*,29(2), 85-94, 2020.
82. Koç, F, Aksit, S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Aslan A, Çetin S K, Halıcıoğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U. "Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi". *Türk Pediatri Arşivi* 47 119-124, 2012.
83. Child Maltreatment: When to Suspect Maltreatment in Under 18s. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017.
84. Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü *Osmangazi Tıp Dergisi/Osmangazi Journal of Medicine*, 38 (2), 18-27, May, 2016.
85. Baysal S, Şahin F. Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Yandal Dernekleri İşbirliği ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları, 2014.
86. Cantürk G. Çocuk İstismarına ve İhmaline Adli Tıp Yaklaşımı <https://acikders.ankara.edu.tr/sitesinden/05/09/2022/tarihinde/ulaşilmiştir>
87. Suniega EA, Krenek L, Stewart G. Child Abuse: Approach and Management. *Am Fam Physician*. 1;105(5):521-528, May 2022
88. Kır E. Çocuklara yönelik cinsel taciz ve istismara karşı önleyici eğitim çalışmaları. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası Dergisi*, 71(1): 785- 800, 2013.
89. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 2007.
90. Gardner, M.J., Thomas, H.J. ve Erskine, H.E. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and metaanalysis. *Child Abuse Neglect*, 96, 104082, 2019.

91. Kaufman J, Torbey S. Child Maltreatment and Psychosis. *Neurobiol Dis.* 2019 Nov;131:104378, 2019 Jan 24.
92. Child Maltreatment (2019) <https://www.acf.hhs.gov/cb/report/child-maltreatment-2019>.(Kasım 2022de erişim sağlanmıştır.)
93. Brown, D. et. al. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality; *Am. J. of Preventative Medicine* Vol. 37, Iss. 5, 2009
94. Erkol Z, Albek E, Cantürk N, Erkol M "Ölümlerle Sonuçlanan İki Fiziksel Çocuk İstismarı Olgusu." *Medicine Science*, 3, ss.1277 - 1288, 2014.
95. Uysal A. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 1998
96. Kulaksız O. Çocuk hasta muayene eden hekimlerin çocuk istismarını/ihmalini raporlamaya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Pediatri, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul0,2022.
97. Akçay Ş. İstanbul Üniversitesine bağlı tıp fakültelerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalları ile travma ve acil cerrahi birimlerinde görev yapan son dönem tıpta uzmanlık öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi, deneyim ve davranışlarını belirleme araştırması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Pediatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
98. Yaman S. "Cumhuriyet üniversitesi hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi-Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Sivas, 2017.
99. Gebiç A. Covid-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fakültesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Trabzon, 2022.
100. Bahadır V. "Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Tutum Ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi İle Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Kocaeli, 2018.

101. Kılıç B. Birinci Basamak Hekimlerinin Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanıma Durumu, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Aydın, 2021.
102. Kılıçarslan F, Güngören S. Gökçeoğlu S, Ayaydın H. Şanlıurfa İlinde Görev Yapan Pediatri Ve Çocuk Cerrahi Uzmanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17(3): 330-334, 2020.
103. Metinyurt HA, Sarı HY. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet Dergisi. 1(1):101- 21, 2016.
104. Paek SH, Kwak YH, Noh H, Jung JH. A survey on the perception and attitude change of firstline healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. Medicine (United States).98(2), 2019.
105. Çetin E, Koç E.M. Aksoy H. İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 30:9-17, 2012.
106. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi. 49: 57-65, 2014.
107. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. Journal of Advanced Nursing; 56(3), 227–36, 2006.
108. Mavili, A. & Altun, G. Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği. Sosyal Çalışma Dergisi, 6 (1), 41-58, 2022.
109. Solak Y, Yoldascan BE, Okyay RA. Assessment of the knowledge, awareness, and attitudes of family physicians in Adana regarding child abuse and neglect. Journal of Public Health: From Theory to Practice, (2022) 29:1135–1142, 2020.
110. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2006.

111. Yükseler A. Malatya Genelinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2020.
112. Sarıyar, A. Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları. : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Van, 2019.
113. Bilgiç, H. Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Denizli, 2015.
114. Erol D. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanlarının Ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Pediatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2018.
115. Garrusi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Physicians' Perception Regarding Child Maltreatment In Iran (IR). The Internet Journal of Health 6(2), (120), 2007.

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 18/03/2020
TOPLANTI NO : 2020/06

KARARLAR :

- 2- Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L A \ G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 2: Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımaya Yönelik Ölçek Formu (ÇİİBRTYÖF)

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU

Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.						
Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.						
		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar, ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığı düşündürmektedir.					
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.					
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					

		Çok doğru	Ortakça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.					
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54	Fiziksel ve mental özürhü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.					
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileven bir faktördür.					
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmaline için bir risktir.					
63	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.					
66	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

Ek 3: Kişisel Bilgi Formu

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Ve Farkındalık Düzeyleri

1. Doğum tarihiniz:

2. Cinsiyetiniz: () KADIN () ERKEK

3. Medeni durumunuz: () Bekar () Evli () Diğer

4. Kaç çocuğunuz var: ()Yok

5. Mezuniyet yılınız:

6. Tıpta Uzmanlık Dalınız:

7. Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konularında eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

8. Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

() Evet () Hayır

9. Çalışma hayatınız boyunca çocuk istismarı ve veya ihmali vakalarıyla karşılaştınız mı?

() Evet () Hayır

(9). Soruya cevabınız “hayır“ ise 10 ve 11. soruları atlayınız.

10. Karşılaştığınız vakaya yaklaşımınızı yeterli buluyor musunuz?

() Evet () Hayır

11. Çocuk istismarı ve veya ihmali vakasıyla karşılaştığınızda bildirimde bulundunuz mu?

Evet Hayır

12. Çalıştığınız kurumda herhangi bir olguda çocuk istismarından şüphe duyduğunuzda ne yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?

Evet Hayır

13. Çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak ister misiniz?

Evet Hayır

EK 4: Ölçek İzni

Sayın Dr. Sümeyra NİZAM,

(Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı)

Planlamış olduğunuz araştırmanızda, geliştirmiş olduğum “Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik ölçek”i kullanma isteğiniz beni çok memnun etti. Öncelikle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ölçeğin ülkemizde farklı örneklem gruplarında, daha geniş popülasyonda test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak, geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde, yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederim.

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı