

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. ELİF ÇETİN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ESRA MELTEM KOÇ

İZMİR 2020

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. ELİF ÇETİN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. ESRA MELTEM KOÇ

İZMİR 2020

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZİ HAZIRLAYAN
Dr. Elif ÇETİN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üye :
(Ünvanı-Adı Soyadı-Çalıştığı Üniversite)

Üye :
(Ünvanı-Adı Soyadı-Çalıştığı Üniversite)

Üye :
(Ünvanı-Adı Soyadı-Çalıştığı Üniversite)

Prof. Dr. Barış Önder Pamuk
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve desteklerini esirgemeyerek eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma,

Bu araştırmanın başından sonuna kadar her aşamasında bana destek olan, bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ'a,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkı sağlayan tüm değerli hocalarımıza, uzmanlarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Hayatımıza girmesiyle bize tarifsiz bir mutluluk getiren canım oğlum Ahmet Eren'e,

Asistanlık eğitimimde ve tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Emrah ÇETİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	V
TABLO LİSTESİ	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuğun Tanımı	4
2.2. Dünyada Çocuk Hakları ve Tarihsel Gelişimi	4
2.2.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (1924)	5
2.2.2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi (1959)	5
2.2.3. Türk Çocuk Hakları Bildirisi (1963)	6
2.2.4. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi(1989)	6
2.3. Türkiye’ de Çocuk Hakları	7
2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı	8
2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihsel Süreci	9
2.6. Epidemiyoloji	10
2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tipleri	11
2.7.1. Fiziksel istismar	11
2.7.1.1. Fiziksel İstismar Muayene Bulguları	12
2.7.1.2. Sarsılmış Bebek Sendromu	14
2.7.1.3. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Sendromu).....	14
2.7.2. Duygusal İstismar	15
2.7.3. Cinsel İstismar	16
2.7.3.1 Cinsel istismar türleri	17
2.7.3.2. Cinsel istismar klinik özellikler	17
2.7.3.3. Ensest	19
2.7.3.4. Pedofili	20

2.7.4. İhmal	21
2.8. Çocuk İstismarında Rol Oynayan Faktörler	22
2.9. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesi	24
2.9.1. Birincil Önleme	25
2.9.2. İkincil Önleme	25
2.9.3. Üçüncül Önleme	26
2.10. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesinde Hekimlerin Rolü	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
3.1. Araştırmanın Amacı	28
3.2. Araştırmanın Tipi	28
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	29
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	29
3.8. Araştırmanın Etik Yönleri	29
3.9. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	30
3.10. Verilerin Toplanması	30
3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. ÖZET	50
8. SUMMARY	52
9. KAYNAKLAR	54
10. EKLER	59
EK-1: Etik Kurul Kararı	59
EK-2: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	60
EK-3: Sosyodemografik Veri Anketi	62
EK-4: Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi (ÇİİB-T)	65

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

ÇİVİ: Çocuk İstismarı ve İhmali

ÇİİB-T: Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MPS: Munchausen by Proxy Sendromu

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu
(United Nations International Children's Emergency Fund)

TABLÖLAR

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Asistanların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Asistanların Tıp Fakültesinde ve Mezuniyet Sonrasında Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumları

Tablo 4.3. Asistanların Daha Önce Çocuk İstismarı Vakası Tespit Etme Durumları

Tablo 4.4. Çalışmaya Katılan Asistanların Çocuk İstismarı Vakasında Zorlandıkları Konular

Tablo 4.5. Asistanların ÇİVİ Hakkında Kendilerini Ne Kadar Yeterli Hissettikleri Konusundaki Görüşleri

Tablo 4.6. Asistanların ÇİVİ Hakkında Bilgi Alma İhtiyacına Yönelik Görüşleri

Tablo 4.7. Katılımcıların ÇİİB-T’nde Aldıkları Ortalama Puan

Tablo 4.8. ÇİİB-T’ deki Soruların Konulara Göre Dağılımı ve Doğru Yanıtlanma Durumu-1

Tablo 4.9. ÇİİB-T’ deki Soruların Konulara Göre Dağılımı ve Doğru Yanıtlanma Durumu-2

Tablo 4.10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo: 4.11. Katılımcıların Mezuniyet Öncesi ve Sonrası ÇİVİ Eğitimi Alma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yasalarımıza göre, 18 yaş altındaki herkesin çocuk olarak kabul edildiği ülkemizde çocuk istismarı, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. [1]

Çocukların iyi bir yaşam sürmeleri toplumların temelini ve geleceğini oluşturmaları açısından oldukça önemlidir. Çocukların karşılaştıkları problemlerin değerlendirilmesi ve bunlara yönelik çözümler üretilmesi bu açıdan hayati önem taşımaktadır. [2]

Çocuk istismarı, çocukların ana-babaları, onları bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli bakıcı, öğretmen, usta, koruyucu aile fertleri, vasi gibi kişiler ya da yabancı kişiler tarafından yapılan, bedensel ve/ya da psikolojik olarak sağlıklarına zarar veren, fiziksel, duygusal, cinsel ya da zihinsel gelişmelerini engelleyen tutum ve davranışlardır. Yapılan bu davranışın çocuk tarafından algılanması ya da erişkin tarafından bilinçli olarak yapılması şart değildir. [3]

Toplumların sağlam temeller üzerinde ileriye yönelik gelişimi, toplumun özünü oluşturan ailelerin, özelliklede çocukların kendilerini güvende hissedecekleri sağlıklı bir ortamda eğitim almaları ve korunmaları ile ilgilidir. Ailelerin ve toplumların geleceğinin garantisi olan çocukların şiddete maruz kalan çocukların topluma yeniden kazandırılabilmesi için bu çocuklara daha fazla özen gösterilmesi gerekmektedir. Çocuğun yararı göz önünde tutularak alınan her karar çocuğun yaşadığı olumsuz durumdan bir an önce kurtulmasını ve yaşadığı travmayı en hafif şekilde atlatmasını sağlayacaktır. [4]

İstismara maruz kalan çocuklarda, bu duruma bağlı olarak birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal problem görülmektedir. Literatür incelendiğinde, istismar ve ihmale maruz kalan çocuk ve ergenlerde; gelişimsel gecikme, beyin hasarları, öğrenme bozuklukları, konuşma bozuklukları, depresyon, düşük akademik başarı, zayıf akran ilişkileri, suça eğilimli olma, alkol, madde kullanımı, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, düşük benlik saygısı, aşırı hareketli veya yıkıcı/zarar verici davranış örüntüsü, saldırganlık, öfke gibi birçok olumsuz sonucun görüldüğü çeşitli araştırmalar ile ortaya konmuştur. Çocuklukta karşılaşılan istismarın, yetişkinlikteki suça yönelen davranışlara, duygusal bozukluklara, kişiler arası ilişkilerde

uyumsuzluğa, antisosyal davranışlara, saldırganlığa ve kendi çocuklarına yönelik istismar edici davranışlara sebep olduğu görülmektedir. [5]

Çocuk istismar ve ihmalin tanınması, önlenmesi ve uygun müdahaleler yapılması gereklidir. Çocuk istismarının insanlık tarihinin başlangıcı ile beraber olmasına karşın dünyada sorun olarak algılanması önem kazanması son yıllarda meydana gelmiştir. Türkiye'de çocuk istismarı son 20 yılda yaygın olarak toplumsal sorun olarak kabul edilmeye başlanmıştır. [6]

TCK'nın 280. Maddesinin 1. bendinde; "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" denmektedir.[7]

Sağlık çalışanlarının diğer önemli bir görevi de istismar ve ihmal tanısının konulması ve adli makamlara bildirilmesidir. Bu noktada istismar ve ihmal olgularının tespit edilebilmesi için sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve riskleri konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir.[3]

Hekimler için tanı ve tedavinin yanı sıra bildirim yükümlülüğü de olan bu sağlık sorununun çözümlenmesinde en akılcı yaklaşım sorun ortaya çıkmadan engellenmesi ve bunun için gerekli önlemlerin alınmasıdır. En kapsayıcı yaklaşım risk faktörlerinin belirlenmesi, ortadan kaldırılması, kaldırılamadığı durumlarda da önlenmesine yönelik yöntemlerin geliştirilmesidir.[8,9]

Birinci basamaktaki hekimlerin çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve korunmasına ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması önem taşımaktadır. Hukuki açıdan hekimler suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir. Sorumlulukları sadece çocuk istismarı şüphesi olan her olgunun adli makamlara bildirilmesidir. İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemi yapmaktır.[10,11,12]

Bu çalışmada, çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) olgularının belirlenmesinde önemli görevler üstlenecek ve birinci basamakta çalışacak olan Aile Hekimliği uzmanlığı asistanlarının konu hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aile hekimliği asistanlarının konuya olan

ilgilerinin arttırılması ve konuyla ilgili eksikliklerin ortaya koyularak ihtiyaç duyulan eğitim programlarının düzenlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.[13]



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuğun Tanımı

Çocuk Hakları Sözleşmesi' nin 1.maddesine göre '18 yaşından küçük her insan' çocuk sayılmaktadır. [14] Bu maddeye göre ulusal hukuk tarafından daha erken bir yaş tespit edilmediği sürece 18 yaşın altındaki herkes çocuk olarak kabul edilmektedir. Çocuk tanımı Türk Medeni Kanunu' nda kullanılan 'küçük' kavramını kapsamaktadır. [15]

Türkiye' de 2005 yılında yürürlüğe girmiş olan 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun 3.maddesinde daha erken ergin(reşit) olsa bile on sekiz yaşını doldurmamış her kişi çocuk olarak tanımlanmaktadır.

Türk Ceza Kanunu'nun 6. maddesinde göre de çocuk deyiminden 18 yaşını doldurmamış kişi anlaşılmaktadır. [2]

2.2. Dünyada Çocuk Hakları Ve Tarihsel Gelişimi

Çocuk kavramı tarihsel süreç boyunca ülkelere, toplumlara, kültürlere ve çağın getirdiklerine göre farklı anlamlar kazanmıştır. Aslında toplumların adalet duygusundaki gelişmişlikle çocuğa bakış açısı paralel gitmektedir. [16]

Çocukların iyi bir yaşam sürmeleri toplumların temelini ve geleceğini oluşturmaları açısından oldukça önemlidir. Çocukların karşılaştıkları problemlerin değerlendirilmesi ve bunlara yönelik çözümler üretilmesi bu açıdan hayati önem taşımaktadır. [14]

Modern anlamda çocukların korunması fikri sanayi devriminin ilk dönemlerine dayanmaktadır. O dönemde ortaya çıkan çocukların ağır şartlarda çalıştırılmalarına karşı çocukları koruma düşüncesi çocuklara yönelik ilk sosyal politika tedbirlerini ortaya çıkarmıştır. Çocukların ve çocuk haklarının korunması gerektiği konusu, içinde bulunduğumuz yüzyılda giderek önem kazanmıştır. Günümüze kadar çocuklara ve onların haklarına verilen değerden dolayı birçok uluslararası sözleşme ve düzenlemeler imzalanmıştır.[16]

Çocuk haklarının tarihine bakıldığında, dört önemli belge karşımıza çıkmaktadır:

- 1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi
- 1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi
- 1963 Türk Çocuk Hakları Bildirisi
- 1989 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi [12]

2.2.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (1924)

Çocuk hakları alanında atılan ilk adım Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesidir. Birinci Dünya Savaşı'nın ardından çocukların korunması hakkında 1920 yılında Cenevre'de "Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği" adıyla bir örgüt kurulmuş ve 1923 yılında "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi"ni yayınlamıştır. Sonrasında Milletler Cemiyeti tarafından 1924 yılında yayınlanmış ve kabul edilmiştir. Bu bildirgede; çocuğun gelişmesi, korunması, eğitilmesi, kardeşlik ve barış ruhu içinde yetiştirilmesi ilkelerini içeren beş madde bulunmaktadır.[15]

1928 yılında Mustafa Kemal Atatürk bu bildirgeyi imzalamıştır. Bildirgede bir felaket anında çocuklara öncelik tanınması, her türlü istismara karşı korunması, çocukların güvenli ve sağlıklı bir ortam içinde yaşamaları hususlarına vurgu yapılmıştır. Ancak İkinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla Milletler Cemiyeti geçerliliğini yitirmiş ve bildirgenin yaptırımını kalmamıştır.[16]

2.2.2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi (1959)

Birleşmiş Milletler(BM)'in kurulmasıyla çocukların korunmasına yönelik konuları incelemek üzere "Sosyal Sorunlar Meclisi" oluşturulmuş ve bu meclis Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi' nin yeniden düzenlenmesine karar vermiştir.

BM İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne paralel olarak 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi ilan edilmiştir. Bildiride çocuklara karşı ayrımcılık yapılmaması, çocuğa kendisini özgürce gelişme fırsatı sunulması, doğumdan itibaren bir kimlik ve vatandaşlık kazandırılması, sosyal güvenlik haklarından faydalanması, engelli çocuklara gereken bakım ve tedavinin gösterilmesi gibi 10 genel ilkeye yer verilmiştir. [16]

2.2.3. Türk Çocuk Hakları Bildirisi (1963)

Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Örgütü UNESCO, çocuk hakları ile ilgili bildirgelerden yararlanılarak Türkiye’ de çocuk haklarına ilişkin kanun tasarısı hazırlanmasını önermiştir. [17] Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi doğrultusunda, Türk Çocuk Hakları Bildirisi hazırlanmış ve 28 Haziran 1963’ te kabul edilmiştir.

Bu bildirgede anne ve babanın, devletin sorumlulukları anlatılmaktadır. Özellikle devletin çocuğun korunup gözetilmesine ilişkin yasal, idari ve uygulamaya yönelik her türlü tedbiri alması gerektiği vurgulanmıştır.[16]

2.2.4. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi(1989)

Yıllar içinde dünyadaki gelişme ve kalkınmaya bağlı olarak çocuk hakları kavramının daha geniş kapsamlı ele alınması ve çocukların birçok alanda korunması gerektiği göz önüne alınmıştır. Ülkeler açısından bildirgelere kıyasla daha bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metin hazırlanması uygun bulunmuş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989’da BM Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesi(ÇHS)’ ni oy birliği ile kabul etmiştir. Sözleşme 61 ülke tarafından imzalanmıştır. [15,18]

Türkiye Cumhuriyeti 14 Şubat 1990 tarihinde imzalamış sonrasında TBMM tarafından 9 Aralık 1994’ te onaylanmıştır.[18]

Tüm çocukların aynı haklara sahip olduğunu ve bütün hakların eşit derecede önemli olduğunu vurgulayan ve toplam 54 maddeden oluşan Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, her biri ayrı bir hakkı özetleyen dört kısımdan oluşur. Haklar “hayatta kalma hakkı”, “gelişme hakkı”, “korunma hakkı” ve “katılım hakkı” şeklinde gruplandırılmıştır.[16]

Sözleşmede yer alan temel maddeler; ayrımcılığın önlenmesi, çocuğun yüksek yararının korunması, çocuğun görüşüne saygı gösterilmesi olarak ifade edilebilir. Sözleşmedeki haklar eşitlik ilkesi çerçevesinde tüm çocuklar için geçerlidir. Çocuk merkezli bir bakış açısı ile çocuğun hak ve ihtiyaçlarını öncelikli ele alınır. Çocukla ilgili alınacak kararların çocuğun görüşlerinin gelişimi doğrultusunda alınmasına özen gösterilir.[12]

ÇHS’ nin 19, 34 ve 39’uncu maddeleri çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19’uncu maddesine göre çocuğun

yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin çocuğa bedensel yada zihinsel saldırı, şiddet ve suistimale karşı her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür.

Sözleşmenin 34.maddesinde taraf devletler, fuhuş ve pornografi dahil çocuğu her türlü cinsel sömürüye ve cinsel istismara karşı koruma güvencesi verirler. Sözleşmenin 39’uncu maddesi, silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır.[19]

2.3. Türkiye’ de Çocuk Hakları

Türkiye tarih boyunca, çocuk bakımına ve çocukların korunmasına önem veren bir ülke olmuştur. Kültüründe bulunan sevgi ve merhamet duyguları açısından çocuk hakları önemli bir yere sahiptir.[12]

Ülkemizde çocukların korunmasına ilişkin anayasa düzeyinde ilk hüküm 1961 Anayasası’nda olmuştur.[13] Bu anayasanın 35. Maddesinde ‘’ Devlet ve diğer kamu tüzel kişileri, ailenin, ananın ve çocuğun korunması için gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.’’ ifadesi yer almaktadır.

Sosyal hizmetlerin tek elde toplanmasını amaç edinen 2828 sayılı SHÇEK Kanunu, 1983 yılında çıkarılmıştır. Bu kanun ile farklı kurumlardaki çocuk koruma hizmetlerinin belirli ölçülerde bir araya gelmesi planlanmıştır.[7] Yoksul ve korunmaya muhtaç çocuklara Milli Eğitim, Koruma Birlikleri ve Çocuk Esirgeme Kurumu olmak üzere üç ayrı kurum aracılığıyla sunulan hizmetlerde bütünlüğün sağlanması amacıyla 24 Mayıs 1983 tarihinde 2828 sayılı yasayla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu kurum çocuk, aile, özürlü ve yaşlı kişilere götürülen sosyal hizmetleri düzenlemektedir. Sosyal Hizmetler Kanunu; aileye ve çocuğa sosyal hizmet verme, korunmaya muhtaç çocuklara bakma ve koruma görevini SHÇEK’ ya vermiştir.[13]

Türk hukukunda, Çocuk Hakları Sözleşmesi ışığı altında bazı değişiklikler yapılmıştır. ‘‘07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın

Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”, 1982 Anayasası’nın 41. maddesine şu hükmü eklemiştir: “Çocuklar, yaşlılar ve engelliler gibi özel surette korunması gerekenler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılamaz”. Anayasa’nın ailenin korunması başlıklı 41. maddesinde, ailenin Türk toplumunun temeli olduğu, devletin ailenin huzuru ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması için gerekli önlemleri alacağı, teşkilatı kuracağı hususu vurgulanmıştır. Çocukların korunması açısından bakacak olursak 07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı kanunla 41. maddeye şu hüküm eklenmiştir:

“Her çocuk, korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır.”

[10]

Özel korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların haklarının ve özgürlüklerinin güvence altına alınması amacıyla hazırlanan Çocuk Koruma Kanunu 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.[13] Çocuk Koruma Kanununun yürürlüğe girmesiyle birlikte, suça yönelmiş çocuklar için koruma, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, suç mağduru olmuş çocuklar için de bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerin asıl amacı, suça yönelen ve suçun mağduru olan bu çocukları rehabilite edip mümkün olan en kısa zamanda yeniden ailesi ve toplumla bütünleşmesini sağlayabilmektir.[10]

2.4. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre çocuk istismarı ve ihmali; çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışların tümüdür. Tanım aynı zamanda çocuğun istismar veya kötü muamele olarak algılamadığı, yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da kapsar. Davranışın mutlaka, çocuk tarafından algılanması veya yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması şartı yoktur.[5] Kısacası yetişkin kişinin niyeti değil, eylemin çocuk üzerindeki etkileri esas alınmıştır. [1]

İstismar fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel istismar olarak sınıflandırılmaktadır. Çocuk ihmali ise başta anne ve baba olmak üzere, çocuğun bakımından sorumlu kimseler ve diğer yetişkinlerin çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık gibi temel ihtiyaçlarını ihmal etmesi sonucu, çocuğun her anlamda gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır.

İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin pasif bir durum olarak ortaya çıkmasıdır. Çocuk ihmali fiziksel ve duygusal olarak ikiye ayrılmaktadır. Fakat bunları birbirinden ayırmak oldukça zordur. Yakın kişilerin çocuğun gelişimine sürekli zarar verecek hareketleri uygulaması sonucu çocuğa sosyal olarak bulunan kaynakların sağlanamaması, bunlardan mahrum bırakılması fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır.[1]

2.5. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Tarihsel Süreci

Çocuk istismarı ve ihmalinin tarihçesi çok eski çağlara dayanmaktadır. Birinci ve ikinci yüzyıldan kalma yazıtlarda kasıtlı yaralanmış, istismara uğramış çocuklara ait hikayeler bulunmuştur. Çocuk istismarı her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde ve her iki cinsiyette görülebilen önemli bir toplum ve ruh sağlığı sorunudur.[20]

1860 yılında ilk kez Fransız adli tıp Profesörü Ambres Tardieu Paris Tıp Akademisinde çocukların fiziksel ve cinsel istismarından bahsetmiştir. 1883 yılında İngiltere’de “İngiltere Çocuklara Kabalığın Önlenmesi Derneği” kurulmuştur. John Caffey 1946 yılında uzun kemik kırıkları, subdural hematoma ve intraoküler kanama ile başvuran altı infantı anlattığı yazısını yayınlamıştır. Caffey düştüğü belirtilen çocukların röntgen filmlerinde düşme veya çarpma ile açıklanamayan kırıklar olduğunu tariflemiştir.

Tarihdeki en önemli olay ise Kempe ve arkadaşlarının 1962 yılında problemi "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" olarak tarifledikleri yayınlarıdır. 1974 yılında Caffey "Sallanmış Çocuk Sendromu" terimini literatüre kazandırmış ve subdural kanamanın nedeni olarak sallama epizodlarını göstermiştir.[6]

2.6. Epidemiyoloji

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünya ülkeleri ve kültürleri için ortak bir sorundur. Her yıl 1.6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismarın ya da ihmalin kurbanı olduğu; 1000'den fazla çocuğun bu nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir.[21]

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde çocuk istismarı konusu gerek tıbbi, gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanan bir halk sağlığı sorunudur. Yaşanan olayların yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasında güçlük yaşanması, inkar edilmesi ve gizlenmesi sorunun önemini daha da artırmaktadır.[1]

DSÖ' nün verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk istismar ve ihmale maruz kalmakta ve desteğe gereksinim duymaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2010 yılına ait raporunda yıl içerisinde yaklaşık 754000 çocuk istismar ve ihmale uğramış 1560 tane ölüm gerçekleşmiştir. Bu olguların %78.3'ü ihmale, %17.6'sı fiziksel istismara, %9.2'si cinsel istismara ve %8.1'i duygusal istismara uğramıştır. [22]

Tüm dünyada kadınların %20'sinin, erkeklerin ise %5-10' unun çocukluklarında cinsel istismara, tüm çocukların ise %25-50'sinin fiziksel istismara maruz kaldıkları belirtilmektedir.[23]

Avrupa ve Asya merkezli bir çalışmada 9-17 yaş aralığındaki 10 çocuktan 6'sının yanlış bir şey yaptıkları zaman anne-babaları tarafından dayak yedikleri saptanmıştır. 0-4 yaş arasında çocuk istismarının görülme sıklığı, 5-14 yaşa göre 2 kat fazla bulunmuştur.[1]

Ülkemizde son yıllarda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili yapılan çalışmalar bize çocuk istismarının azımsanmayacak oranlarda olduğunu göstermektedir. Kaynar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencileri %60.1'i çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını, %44.7'si anne ve babaları arasına fiziksel şiddete tanık olduklarını bildirmiştir.[24]

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) iş birliği ile yapılan ve 2010 yılında yayınlanan Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu'na göre; Türkiye'de yaşayan 7-18 yaşlarındaki çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu, %51'inin

duygusal istismara, %43'ünün fiziksel istismara, %3'ünün cinsel istismara ve %25'inin ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir. [25]

2.7. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Tipleri

Çocuk istismarı dört gruba ayrılmaktadır;

1. Fiziksel istismar
2. Duygusal istismar
3. Cinsel istismar
4. İhmal

2.7.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar çocuğun anne, baba ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde “kaza dışı” yaralanması, zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır.[26]

Çocukluk çağında kazalar sıklıkla görülse de, yaşa uygun olmayan, kendi kendine olma olasılığı düşük olan durumlarda istismardan şüphelenmek gerekir. Kaza dışı yaralanmalar genellikle çocuğun anne-babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde ortaya çıkar. En sık dövme şeklinde görülür. Genelde başvuru sebebi, ebeveyn tarafından nedeni tam olarak açıklanamayan morluklardır. Maalesef dünyada ve ülkemizde, fiziksel cezalandırma ve dayak, bir disiplin aracı olarak kullanılmakta ve kültürel öğrenme yoluyla nesilden nesile aktarılmaktadır. Ülkemizde “Dayak, cennetten çıkmadır”, “Kızını dövmeyen dizini döver” gibi atasözleri, ebeveynlerin çocuklarına karşı uyguladıkları şiddet içerikli eylemlerin toplum tarafından kabul edildiğini göstermektedir.[27,28]

Fiziksel istismar basit yaralanmalardan ölümcül yaralara varana kadar çok çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilir. Tokat atmak, tekmelemek, çimdiklemek, sarsmak, bir cisimle vurmak, kıpırdamaması için bağlamak, kesici, delici ya da yanıcı bir aletle yaralamak, ev eşyaları ile vurmak, aşırı sıcak su ile yıkamak, boğmaya çalışmak fiziksel istismarın çeşitli türleridir. İstismarın sonuçları sadece fiziksel yaralanmalarla açıklanamaz. Çünkü fiziksel istismar sonrası kısa süreli ve uzun süreli

etkiler incelendiğinde davranışların ve psikolojik, duygusal ve zihinsel yapının, fiziksel istismardan etkilendiği görülmektedir. Fiziksel istismarın çocuklar üzerindeki kısa dönem etkileri; alt ıslatma, parmak emme, gelişimsel bozukluk, uyku bozukluğu, yeme bozukluğu, öğrenme güçlüğü, konuşmada gecikme, okul başarısızlığı, yakın ilişki kurmakta güçlük, öfke içeren ilişkilerdir. Uzun dönemdeki etkileri ise saldırgan ve suça yönelik davranış, duygusal bozukluklar, akranlarına göre daha erken alkol kullanmaya başlama, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, halüsinasyonlar, şizofreni, düşünce bozuklukları ve ağır fiziksel istismar vakalarında travma sonrası stres bozukluğu görülebilmektedir.[29]

Fiziksel İstismarda Tanılama

Tanıdaki en önemli nokta anamnez alırken dikkatli olunmasıdır. Genellikle fiziksel istismara uğrayan çocuklar olaydan uzun süre sonra durumunun kötüleşmesi ve ailenin bundan korkması nedeniyle acil servise getirilirler. Çocuğun hastaneye geç getirilmesi, öykünün çelişkili olması, fiziksel bulgulara uymayan öykü, anne babanın kazayı kişiye ya da kardeşe yüklemesi, çocuğun anne babayı suçlaması istismarı düşündüren durumlardır.

Kaza ile oluşan yaralanmalar ile istismara bağlı yaralanmaları ayırmak gerekir. Fiziksel istismarın vücut üzerindeki bulguları sıyrıklar, kırıklar, yanıklar ve lezyonlardır. Öykünün doğruluğu ve güvenilirliği denetlenmeli, yaraların, ekimozların, lezyonların sayısı, oluş şekli ve vücuttaki yeri dikkatle incelenmelidir. Fiziksel ihmal belirtileri de gözden geçirilmelidir. Kirli, bakımsız görünüm, şiddetli diaper raş, saçlı deride saçsız alanlar, utangaç, ezik görünüm ve büyüme gelişme geriliği bu belirtilerdir.[6,28]

2.7.1.1. Fiziksel İstismar Muayene Bulguları

Cilt lezyonları: Fiziksel istismardaki en sık ve bazen tek bulgu olabilir. Çizikler, yanıklar, skar dokuları, kesiler ve morluklar görülebilir. Yanıklar fiziksel istismara uğramış çocukların %10-25'inde görülebilir ABD'de, 16 yaşın altındaki travmaya bağlı ölüm nedenlerinde yanıklar ikinci sıradadır. Kaza olmayan yanıkların genellikle sıcak sıvı veya sıcak cisimlerle oluşturulduğu görülmüştür. Morluklar %50-92 oranında görülebilir. Kalçalarda, genital bölgede, perinede, gövdede, kafa arkasında ve bacakların arkasında görülen morluklar nadiren kazayla meydana gelir.

Büyük çocuklarda multipl ve değişik iyileşme evrelerinde lezyonlar sık görülür. [6,20,30]

Kafa travması: Fiziksel istismar sonrası en sık morbidite ve mortalite nedenidir. Doğrudan darbe, sallama, düşürme veya fırlatma ile oluşabilir. Kafatası kırıkları sarsılmış bebek sendromunda ikinci sıklıkta görülen kemik yaralanmasıdır. %80'i bir yaş altı bebeklerde görülür. Çoklu, çökme şeklinde, 3 mm'den daha fazla ayrılmış, bilateral veya sütür hatlarını geçen kırıklar, nedeni açıklanamayan bilinç değişiklikleri, subdural kanamalar ve retinal kanamalar özellikle şüpheli bir öykü ile birlikte ise daha çok çocuk istismarını düşündürür.

İç organ yaralanmaları: Çok sık görülmemekle beraber %40-50'si mortal seyreder. En sık direkt künt travma sonrası meydana gelir. Bulantı, kusma, obstrüksiyon, abdominal distansiyon, peritonit ve akut karın bulgularıyla başvurabilir. Karaciğer, dalak yırtılmaları, pankreas yaralanmaları, barsak, böbrek yaralanmaları, peritonun arkasındaki organlarda kanama ve mesane yırtıkları görülebilir. Ölümün nedeni genelde yoğun kan kaybıdır ve yaralanmanın ciddiyetinden çok tedavinin gecikmesine bağlıdır.

Kosta kırıkları: Sıkma sırasındaki sıkıştırma, sallama sırasında veya direkt travma ile meydana gelebilir. İstismara uğrayan çocukların %10 ile %25'inde kosta kırıkları görülmektedir. Otopsi çalışmalarında bebeklerde kosta kırığı %51 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Kosta kırıklarının çoğunluğu ilk göğüs grafisinde nadiren görülebilmekte, çoğunlukla takip filmlerinde kallus görülmesiyle tanı konulabilmektedir. Arka ve arka-yan kosta kırıkları fiziksel istismar için yüksek oranda spesifiktir. Fakat kostonun her yerinde kırık görülebilmektedir.[6,27]

Göz bulguları: İstismardan şüphelenilen durumlarda göz muayenesi atlanmamalıdır. Çünkü kafa içi patolojik durumlardaki en sık ve bazen de tek bulgu retina kanaması olabilmektedir. Retinal kanama saptanmasıyla kranial BT endikasyonu doğar. Retinal kanama çoğu vakada sekel bırakmadan düzelir. Göze doğrudan vurmalar sonucu periorbital ekimoz, ödem, orbital kırıklar, subkonjonktival kanamalar, lens dislokasyonu veya retinal ayrılma gözlenebilir. Bu tip lezyonların çoğu kalıcı sekellerle sonuçlanır. [27]

2.7.1.2. Sarsılmış Bebek Sendromu

Çocuk istismarının ağır bir formudur, en sık iki yaş altında görülür. Genellikle altı ayın altındaki bebeğin, öfkeli anne-babaları tarafından kollarından tutulup şiddetlice sallandıklarında oluşur.[27]

Bebeklerin vücut hacminin küçük olmasına karşın baş-gövde oranının büyük olması, sallanma sırasında, zayıf olan boyun kaslarının baş kontrolünü zorlaştırır ve başın öne-arkaya 240 dereceyi bulan açılarda savrulmasına neden olur. Sütürlerin açık olması ve subaraknoid alanın genişliği beynin kafatası içinde daha çok hareket etmesine yol açıp, dura altındaki asıcı venlerin yırtılmasıyla subdural kanamaya, tamamlanmamış miyelinizasyon ve beynin su içeriğinin yüksek olması da nöroaksonal hasarlanmaya yol açar. Sık görülen belirtiler açıklanamayan uykuya eğilim, solunum sıkıntısı, nöbetler, kusma, beslenme bozukluğu ve büyüme-gelişme geriliğidir.[31]

2.7.1.3. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Sendromu)

Munchausen by proxy sendromu (MPS) çocuk istismarının ölüme dahi neden olabilen ağır bir formudur. Daha çok hastalık öyküsü uyduran, hastane hastane dolaşan ve birçok gereksiz tıbbi girişimlerin yapılmasına ve tedavilerin uygulanmasına sebep olan hastalar, Meadow tarafından "Munchausen sendrom" olarak tanımlanırken, hastanın bu durumu benzer şekilde çocuklarında oluşturması da "Munchausen by proxy sendromu" olarak tanımlanmıştır.[32]

MPS insidansı, diğer çocuk istismarlarına kıyasla oldukça az olmakla birlikte yapılan çalışmalarda 16 yaş altı çocuklarda 0.4/100000, 1 yaş altında 2-2.8/100000 olarak bulunmuştur. Ancak gerçek insidansın, hastalığın yeterince tanı alamaması ve sadece hastane tanıları konması nedeniyle daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Fiziksel ya da cinsel istismar hekimler tarafından daha iyi bilinmesine rağmen, MPS'yi tanımakta zorlanılmaktadır.[33]

MPS' nin ölümcül bir çocuk istismarı olduğu, ölüm oranının %6-%10 arasında değiştiği, olguda zehirlenme ya da boğulma durumu mevcut ise ölüm oranları %33'e kadar arttığı bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda saptanan, uygulayıcının %90-98 oranında kadınlar olduğu, %85'inin anne olduğu, anne ve babanın beraber yaptıkları vakalar da görüldüğü bildirilmiştir.

Aşağıdaki durumların varlığında MPS'den şüphelenilmelidir;

- Tekrarlayan apne atakları
- 6 aydan büyük çocuk
- Ağır hastalık öyküsü bulunan kardeş varlığı
- Kardeş ölüm öyküsü
- Olgunun kendisinin veya bir kardeşinin önceden istismara uğradığının belgelenmesi
- Olgunun burnunda veya ağzında kan tespit edilmesi [32]

2.7.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, bir ya da birçok kez tekrarlanan kötü muamele sonucunda çocuğun duygusal, gelişimsel veya psikolojik iyilik halinin zarar görmesidir. Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğa sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismarın türleridir.[34]

Çocuğun bakımından sorumlu olan, genellikle çocuğun yakın çevresinde bulunan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Duygusal istismar çocuğun gelişmekte olan beyinde kalıcı hasara ve geniş bir yelpazede zararlı sosyal, bilişsel ve davranışsal semptomlara yol açar. Duygusal istismar sonucunda çocuğun; zihinsel ve fiziksel gelişiminin, akademik performansının, hafızasının, öğrenme kapasitesi ve beyin hacminin etkilendiği gösterilmiştir. [35] Duygusal istismara uğrayan çocuklarda davranış bozuklukları, depresyon, kaygı, kişilik bozuklukları ve saldırganlık görülebilmektedir.[36]

Duygusal istismar, ciddi ve sık görülen bir çocukluk çağı istismarıdır. Duygusal istismar genellikle tek başına değil diğer istismar türleri ile birlikte görülmektedir. Bu nedenle, duygusal istismarın hem tanımlanması hem de tanınması zorlaşmaktadır.

Duygusal istismarın sınıflandırılması:

- **Reddetme/Yok sayma:** Ebeveynlerin çocukla bağlanma geliştirmedikleri ve reddedici davranışlar sergiledikleri durumdur.

- **Yalnız bırakma/İzole etme:** Çocuğun yaşlıları içinde bulunması, etkinliklere katılması engellenir, yalnızlığa itilir.
- **Korkutma/Yıldırma:** Anne-babanın çocuğu korkutması, tehdit, azarlama, suçlama, aşağılama, gözdağı verme yollarıyla korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olması olarak tanımlanır.
- **Suça yöneltme/İtme:** Ebeveynler çocuğun ilaç ya da alkol kullanmasına, şiddet içerikli davranışları izlemesine ya da katılmasına, porno seyretmesine, tecavüz, gasp vb. suçlara tanık olması ya da katılmasına izin vermesi ve teşvik etmesi durumudur.[34]

Türkiye’de UNICEF işbirliği ile yapılan “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” çalışmasında Mayıs-Ağustos 2008 tarihleri arasında 61 ilde, toplam 1328 hanede 7-18 yaş arasındaki 1886 çocukla (%54 erkek, %46 kız) görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında duygusal istismar sıklığı %49, fiziksel istismar %56, cinsel istismar %9 olarak saptanmıştır. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve patofizyolojisinin araştırıldığı bir çalışmada duygusal istismar oranı % 55.6 olarak saptanmıştır.[25,37]

2.7.3. Cinsel İstismar

Çocuk yada ergenin rızası olmadan, baskı kullanarak, herhangi bir cinsel hareket veya girişimde bulunmak veya cinsel içerikli sözler ile kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zarara uğratılması, cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır.[38]

Cinsel istismar sık rastlanan, yıllar boyunca devam eden bir sorun olsa da çoğunlukla gizli kalmaktadır. Bu nedenle, cinsel istismar olgularının sıklığının tam olarak belirlenmesi ve hakkında kesin epidemiyolojik verilere ulaşmak oldukça zordur. Vakaların sadece %15’inin adli makamlara bildirildiği düşünülürse, ulaşılabilen olguların buzdağının sadece görünen kısmı olduğu öngörülmektedir.[39]

Çok sayıda trajik sonuçları olan cinsel istismar sorunu, tıbbi, hukuki ve biyopsikososyal bir problemdir. Yapılan çalışmaların sonuçları, cinsel istismarın her çeşit sosyoekonomik ve kültürel çevrede yaşanabildiğini göstermektedir. Aile içinde çocuğa yönelebilecek her türlü cinsel istismar davranışı “ensest”, aile dışından ya da tanınmayan kişiler tarafından gerçekleştirilir ise, “pedofili” olarak tanımlanmaktadır.

İstismarcıların çoğu sıklıkla yabancılar değil, çocuğun tanıdığı ve güvendiği erişkin ve genellikle erkek yakınlarıdır. Çocukluk çağı travmaları içinde çocuk

istismarı, tekrarlanabilir ve genellikle en yakınları tarafından uygulanıyor olması nedeniyle tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor olan travma şeklidir.[40]

Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir. 2002-2003 yılları arasında Portekiz’de 352 katılımcıyla yaptıkları çalışmada, cinsel istismar kurbanlarının %53’ü 14 yaşın altında olduğu saptamışlardır.[41]

Özellikle erkek çocuklarının, kız çocuklarına göre daha küçük yaşlarda istismar edildikleri, cinsel istismarın çoğunlukla 7-12 yaş aralığında gerçekleştiği, ancak bu yaş aralığından sonra istismar oranlarında önemli ölçüde düşme gözlemlendiği belirtilmiştir. Dünyada çocuk cinsel istismarının yaygınlığıyla ilgili çalışmalarda cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerin %71’i kız, %29’u erkektir. Bursa’da 2007-2008 yıllarında Demir ve ark. tarafından 30 çocuk ve ergenle yapılan uzmanlık tezi çalışmasında, mağdurların yaş ortalamasının 13.9 olduğu saptanmıştır. Edirne’de Koten ve ark. Trakya Üniversitesinde yaptığı çalışmada, aile içi cinsel istismar oranının % 1,4 olarak bulunduğu bildirilmiştir. [40,42]

2.7.3.1 Cinsel İstismar Türleri

Cinsel istismar farklı şekillerde karşımıza çıkabilir.

a. Temas içermeyen cinsel istismarlar: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgenciliktir.

b. Cinsel dokunma: İstismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kendisine dokunması için zorlayabilir.

c. Oral-genital seks

d. İnterfemoral ilişki: Penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.

e. Cinsel penetrasyon (Irza geçme): Genital ilişki, anal ilişki, oral ilişki, objelerle veya parmakla penetrasyon şeklinde olabilir.

f. Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar.

2.7.3.2. Cinsel İstismar Klinik Özellikler

Cinsel istismar çocuklarda uzun süreli duygusal ve davranışsal etkilere, korku, depresyon, kızgınlık, düşmanlık ve uygunsuz cinsel davranışlara neden olur. Bu

nedenle çocukların, cinsel istismarı tanımlama veya gösterme yeteneğinde olduklarına inanılmalı ve profesyonel kişilerden destek alınmalıdır. Çocuğun yaşı ve olgunluk düzeyine göre cinsel istismarın etkileri farklılık göstermektedir.[43]

Çocuk ile saldırgan arasındaki yaş farkının artması, saldırganın tanıdık ya da aile içinden biri olması, istismarın tekrarlanması çocuğun travmadan etkilenmesini artırır. Olay sırasında zor ve şiddet kullanılması, yaşanan çaresizlik duygusunun büyüklüğü ruhsal travmanın daha büyük olmasına yol açmaktadır.[44]

Küçük yaş grubunun (10 yaş altı) verdiği tepkiler;

- Yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması.
- Resim yaparken, oyun oynarken davranışlarda cinsel içerikli temaların olması.
- Herhangi bir yerde yapılan aşırı mastürbasyon.
- Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin kullanılması.
- Yalnız kalmaktan korkma, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis gibi sorunlar.
- Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü.
- İstismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku duyması.
- Özellikle erkek çocuklarda daha sık olarak yangın çıkarma davranışı.
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma.
- Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar.

Daha büyük yaş grubunun (10 yaş üstü) verdiği tepkiler;

- Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar azdır.
- Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır.
- Yeme bozuklukları.
- Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar girişimleri.
- Depresyon, sosyal geri çekilme.
- Suça yönelme, madde kullanımı.
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma.
- Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar.[21]

Cinsel istismar mağdurlarına erken dönemlerde bireysel danışmanlık önerilmektedir. Cinsel istismar konusunda çocuklara nelerin uygun davranışlar olduğunun öğretilmesi, gerektiğinde hayır diyebilmeleri ve yardım alabilecekleri kişiler olduğu belirtilmelidir. Çocukların bu konulardaki eğitimine çok erken yaşlarda başlanabilir ve her kademede yaşa uygun rehberlik programları yapılabilir. Ülkemizin de bu tür eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Hatta bu tür programlar çocuklarla birlikte anne, baba ve öğretmenlere de verilmelidir.[45]

2.7.3.3. Ensest

Anne-baba yakınlığına veya otoritesine sahip bir yetişkinle, bir çocuk veya ergen arasındaki her türlü cinsel ilişkidir. Önemli olan aradaki kan bağı değil, yetişkinin anne-baba hakimiyeti, gücü ve çocuğun bağımlılığıdır. Ensest eskiden biyolojik yakınlığı yani kan bağı olan kişiler arasındaki cinsel ilişki olarak tanımlanırken, günümüzde kan bağı olan veya olmayan, yakın veya uzak akrabalar ile çocuğa bakım veren tüm yetişkinleri kapsamaktadır.

Cinsel ilişkiden kast edilen; gizlenmeye çalışılan bütün cinsel içerikli temaslardır. Ruhsal açıdan, temasın gerçek doğasından çok, cinsel motivasyonu ve saklı tutulması önemlidir. Tüm cinsel istismar olgularının üçte biri ensest ya da aile içi cinsel istismardır. Anal, oral, vajinal girişin olmadığı ensest saldırılarının daha çok gizli kaldığı bilinmektedir. Olguların yarısından fazlasında istismarın birden fazla tekrar edildiği görülür.[40]

Ensestin başlama yaşı bebeklikten 17 yaşına kadar olabilir. Ortalama başlama yaşı 9 ‘dur. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre ensest saldırılarının %57’si öz babalar, %4’ü öz ağabeyler, %13’ü yakın akrabalar, %26’sı ise ikinci derece akrabalarından oluşmaktadır.

Türkiye’de ensest saldırganların yarısını öz babalar oluşturmaktadır. Aile içi istismar olgularında, babada sıklıkla madde kullanımı ve antisosyal kişilik özellikleri görülmektedir. Ayrıca, saldırganın çoğunlukla alkol kullandığı ve alkolün cinsel istismara zemin hazırlayan önemli faktörlerden biri olduğu görülmüştür. Ensest aile bireyleri tarafından üzeri örtülen, konuşulamayan bir durumdur. Bireyin beden bütünlüğünü, mahremiyetini, cinsel haklarını elinden alan bu durum, genellikle çocuk yaşta başlayarak uzun süre “aile bütünlüğü” nü bozmamak adına gizli kalarak devam

etmekte ve neden olduğu ruhsal, sosyal ve cinsel yaşam sorunları yetişkinlik döneminde de sürmektedir.[40,45]

Aile içi cinsel istismar olgularında sosyal izolasyon sık görülmekte olup, ailenin genellikle dışa kapalı olduğu dikkat çekmektedir. Ebeveynlerin yetersiz gözetim ve denetimi, aile içi çatışma, çocuk ile kurulan bağın zayıf olması, erken nörojenik kontrol sağlamaya çalışmanın yanı sıra çocukları disipline etmek için kullanılan katı fiziksel cezalandırmaların, çocuklarda ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek şiddet davranışlarına yatkınlık oluşturmaktadır.

Çocukların ensest mağduru olmalarında çeşitli faktörler etkilidir:

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da aynı yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması,
- 6 - 8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- İktidarsızlık ve psikopati

Toplumsal baskı, güven ortamı eksikliği, ekonomik yoksunluk ve bilgisizlik, korku ve tehdit altında olma, normalleştirme gibi durumlar ensestin gizli kalmasına sebep olan faktörlerdir.[46]

2.7.3.4. Pedofili

Pedofili klinik bir tanıdır. DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 5.Baskı) pedofili, pedofilik bozukluk adı ile parafilik bozuklukların içerisinde değerlendirilmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofilik bozukluk, en az 6 aylık bir süre boyunca, ergenlik öncesi çocuk ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili, yineleyen, cinsel yönden uyarıcı yoğun düşümler, cinsel dürtüler ya da davranışlar olarak tanımlanır. Aynı zamanda kişinin,

bu cinsel dürtülere göre davranmakta olması ya da bu kişinin cinsel dürtüleri ya da düşlemlerinin belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası sorunlara neden olması tanı için gerekli bulunmaktadır. DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofilik bozukluk tanısı konabilmesi için kişinin en az 16 yaşında olması ve cinsel etkinlikte bulunduğu çocuklardan en az beş yaş daha büyük olması gerekmektedir. [47]

Pedofilik bozukluk tanısı koyabilmek için olayın, kişinin muhakemesini etkileyecek mani gibi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde etkisi altındayken gerçekleşip gerçekleşmediğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Pedofilik izlenim veren bir eylem mevcut ve eşlik eden bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde etkisi varsa kişinin daha önceki cinsel tercih, fantezi ve eylemleri dikkate alınmalıdır.[48]

Pedofilik bozukluğu olan bireylerin özelliklerinin, farklılıklarının vurgulanması ve pedofilik bozukluk çeşitlerinin tanınması klinisyenler açısından önemlidir. Pedofilik bozukluk-ensest birlikteliği çoğu zaman gözden kaçan önemli bir detaydır. Özellikle muayene sırasında bu husus akılda tutulmalıdır. Tıbbi ve toplumsal yönlerden ayrı ayrı öneme sahip bir tablo olması nedeniyle, pedofilik bozukluk olgularında enstestinin sorgulanması ve bu yönde bilgilerin dikkatlice alınması gerekmektedir.[48]

Genellikle eylemlerini gizli yaptıkları ve tedaviye başvurmadıkları için pedofili olgularının yaygınlığını belirlemek mümkün olamamaktadır. Elde edilen verilerin çoğu adliyeye intikal etmiş olguların belirlenmesinden oluşmaktadır. Pedofilik fantezisi olup eyleme geçirmeyen veya eyleme geçirip bildirilmeyenlerin oranlarını belirleme imkânı bulunmamaktadır. Bu alanda yapılan birçok çalışma pedofiliklerin işledikleri suçların birden fazla çocuğa karşı olduğunu, bunların çoğunun da adli mercilere yansımadığını ortaya çıkarmaktadır. [47,49]

2.7.4. İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin ve yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel ihtiyaçlarını ihmal etmeleri sonucunda çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesidir. Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde tanımlanabilir.

İhmal kavramı fiziksel ve cinsel istismara göre daha göreceli olduğu için tanı süreci daha zorludur. İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır.[50]

Fiziksel İhmal: Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk veya yetersizlik fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır.

Sağlık ihmali, fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılabilir; çocuğun hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içerir. Fiziksel ihmalin özel bir türü de henüz doğmamış bebeğin ihmali. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimini ve ileriki yaşamındaki sağlığını olumsuz etkileyecektir.

Duygusal İhmal: Çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanır.

Cinsel İhmal: 2 (iki) yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlayan çocuğun, yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, oyuncak alınmamasıdır. İleride bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.

Eğitim İhmali: Çocuğun zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi durumudur.[26]

2. 8. Çocuk İstismarında Rol Oynayan Faktörler

Çocuk istismarının nedeni multifaktöriyel olup bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Birçok araştırmacı aile, çocuk, çevresel ve toplum ile ilişkili risk faktörlerinin çocuk istismarının oluşumunda etkili olduğu görüşündedir.[51]

Çocukla ilişkili

•İstenmeyen çocuklar ya da istenmeyen cinsiyette çocuklar, doğum anomaliler, mizaç vb. nedenlerle ailenin beklentilerini karşılayamayan çocuklar

•Zihinsel gerilik, erken doğum, kronik hastalık gibi nedenlerle sürekli bakım gerektiren çocuklar

- Engelli çocuklar
- Hiperaktivitesi, tehlikeli davranış sorunları olan çocuklar
- Üvey çocuklar
- Sık ve uzun süre ağlayan çocuklar
- Başarısız bir okul hayatı
- Anti sosyal arkadaş grubu
- Çoğul gebelik sonrası doğum
- İkiz, üçüz çocuklardan biri olmak
- Yemek yemeyen iştahsız çocuk ya da aşırı iştahlı çocuk olmak
- Gece işemelerinin olması

Anne-baba ya da bakım veren kişi ile ilişkili

- Genç ebeveyn, yalnız yaşayan ebeveyn
- Eğitim eksikliği (Çocuk gelişimi hakkında bilgisizlik, bilinçsizlik)
- Alkol ve/veya uyuşturucu kullanıyor olmak
- Çocukken istismara uğramış olmak
- Fiziksel veya psikiyatrik bir hastalık varlığı
- Dürtü ve öfke kontrolünün yetersizliği
- Toplumsal iletişim becerilerinin yetersizliği
- Üvey ebeveyn
- Çok eşli olma
- Parçalanmış aile

İlişkisel

- Ebeveyn ve çocuk bağının kopuk olması
- Çok çocuklu, katı disiplin uygulayan aileler
- Ekonomik sıkıntı, işsizlik, aile içi şiddet varlığı
- Sosyal destek sistemlerinin yetersizliği

- Evlilikteki veya yakın ilişkilerdeki sorunlar nedeniyle aile yapısının bozulması, bunun sonucunda çocukta veya erişkinde duygusal ve zihinsel sorunların ortaya çıkması

- Aile bireyleri arasındaki bağın zayıf olması, sözel ve psikolojik çatışmaların sık yaşanması

Çevresel

- Uygun beslenme, barınma ve bakım olanaklarının yetersizliği
- İşsizlik oranlarının yüksek, geçim sıkıntısının yaygın olması
- Uyuşturucu ticaretinin varlığı
- Çocuğun savunuculuğunu yapacak kurum ve yapıların yetersizliği
- Çocuk işçiliği konusunda denetleme ve rehabilitasyonun yetersizliği

Toplumsal

- Çocuğu koruyan yasaların yetersizliği
- Çocuğa verilen değerin düşük olması
- Cinsel ayrımcılık ve toplumsal eşitsizlik
- Şiddetin kabul edilir olması, hoş görüyle karşılanması, organize şiddetin varlığı
- Pedofili
- Kontrolsüz internet kullanımı
- Kültürel normlar [51]

2. 9. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesi

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, istismar sonrası ilk bir yılda yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon olduğu bulunmuştur. Çocukluk döneminde cinsel istismar yaşayanlar, yetişkin dönemlerinde cinsel istismar uygulama konusunda daha riskli bireyler olabilmektedir. Çocukluk çağında yaşanan ağır travmalar, bir unutmama döneminden sonra erişkin yaşta tekrar hatırlanabilmektedir. Ayrıca çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarıyla, ergenlerdeki kendine fiziksel zarar verme davranışları, intihar girişimleri arasında güçlü bir ilişki de bulunmuştur.

Hekimler için tanı ve tedavinin yanı sıra bildirim yükümlülüğü de olan bu sağlık sorununun çözümlenmesinde en akılcı yaklaşım sorun ortaya çıkmadan engellenmesi ve bunun için gerekli önlemlerin alınmasıdır. En kapsayıcı yaklaşım risk faktörlerinin belirlenmesi, ortadan kaldırılması, kaldırılamadığı durumlarda da önlenmesine yönelik yöntemlerin geliştirilmesidir.[8,9]

Literatürdeki araştırmalar istismarı önleme için ailelerin, özellikle anne ve çocukların bilgilendirilmesi üzerinde durmaktadır. Güler ve arkadaşlarını yaptıkları araştırma, ailelere, özellikle annelere, çocuğa yönelik fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın ne olduğu ve doğuracağı sonuçlar konusunda bilgilendirilmesini önermektedir. Buna göre, fiziksel, duygusal ya da cinsel istismarı ortaya çıkarabilecek nedenler aile ile paylaşılmalı ve çözüm yolları için danışmanlık hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmalıdır.[26,52]

Birincil koruma şiddetin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik çalışmaları, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise şiddette maruz kalmış kişinin rehabilitasyon çabalarını kapsar.[51]

2.9.1. Birincil Önleme

Primer önleme çalışmaları daha çok topluma yöneliktir. Halkı bilinçlendirme çalışmalarını, sağlık çalışanları ve öğretmenler gibi profesyonellerine yönelik eğitim çalışmalarını ve çocukların bilinçlendirilmelerine yönelik çalışmaları kapsar. İhmal ve istismarı tanımlama ve önlemeye yönelik halka ve meslek gruplarına eğitim verilmesi, ihmal, istismar risk gruplarının tanımlanması ve belirlenmesi, bu gruplara çatışma ve stres yönetimi ile ilgili danışmanlık hizmetlerin sağlanması önemlidir. [51]

Anne babaları destekleyici yaklaşımlar geliştirmelidir. Ebe, hemşire ve hekim ev ziyaretlerinde öncelikle aileyi riskler yönü ile değerlendirip, sorunların belirlenmesinde ve çözümünde destek olabilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğumlar, genç anne baba, anne babanın ruh sağlığı ve ailede engellilik gibi özellikler yönü ile aile değerlendirilerek riskler belirlenebilir ve yüksek riskli ailelere destek ziyaretleri yapılabilir. Bu ziyaretlerde ailelerin gereksinimleri saptanarak buna yönelik girişimler geliştirilebilir.[1]

2.9.2. İkincil Önleme

İkincil önleme çalışmaları, toplumda istismar ve ihmal açısından risk faktörlerinin ve gruplarının belirlenmesi, çocuğun hayatındaki zorlukların ortadan kaldırılması, çocuğun kötü muameleye karşı yasal olarak korunması ve güvenliğinin sağlanması ile ilgili düzenlemeleri kapsamaktadır. Ayrıca mevcut ihmal ve istismarı vakalarını erken tanıma ve müdahale etmeyi, istismar olayı ortaya çıkarıldıktan sonra çocuğun tepkilerinin değerlendirilmesi, istismar sonrası aileye yaklaşım, gelecekte olabilecek istismara karşı çocuğun ve kardeşlerinin korunmasını kapsar. Aile Sağlığı Merkezleri ve okullarla işbirliği yapılarak, eğitim programları düzenlenebilir. Ayrıca ev ziyaretleri sırasında uygun gözlem ve veri toplama yöntemleri kullanılarak aile ve çocuk hakkında ayrıntılı bilgi elde edilebilir. [51,53]

2.9.3. Üçüncül Önleme

Üçüncül önleme istismarın gerçekleşmesi durumunda oluşabilecek zararın hafifletilmesi, tekrarının önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu gibi çalışmaları kapsar. Ruhsal ve fiziksel, hukuksal boyutlarda zor bir süreçtir. Aile ve çocuğun korunması ve istismar sonrasında oluşan psikososyal ve fiziksel travmanın uzun dönem etkilerini en aza indirmeyi hedefler. Bu tedbirler içinde çocuğun rehabilitasyonu, ailenin ve çocuğun mahremiyetinin korunması, istismarcı ile çocuğun ilişkisinin kesilmesi ön planda tutulmalıdır. Bu önleme girişimi kapsamında, çocuğun istismarla ilgili duygu ve davranışları kontrol altına alınmalıdır ve çocuğun benlik saygısını arttıracak çalışmalar yapılmalıdır.[54]

2.10. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesinde Hekimlerin Rolü

Hekimlerin ve sağlık personelinin çocuk istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki sorumlulukları vardır. İstismara uğrayan, iyi bir değerlendirme yapılmadan eve gönderilen çocukların daha sonra %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ciddi zarara uğradığı gözlenmiştir. Minor istismar şekilleri tanınmazsa (istismara bağlı deri lezyonları vs.) daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacağından, acil servislerde çalışan hekimler, aile hekimleri ve pediatristler çocuk istismarının bulgularını bilmelidir.[15,30]

Çocukları şiddetten korumada hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanları ve pek çok meslekten insanların çabası gereklidir. Çocukların şiddetten korunması gelecekteki erişkinlerin daha az şiddet uygulaması ile de ilişkili olduğundan önem gösterilmesi gereken bir konudur. Hekimlerin çocuk istismarını tanımaları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı yaratacaktır.

Birinci basamaktaki hekimlerin çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve korunmasına ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması önem taşımaktadır. Hukuki açıdan hekimler suçun kanıtlanmasından sorumlu değillerdir. Sorumlulukları sadece çocuk istismarı şüphesi olan her olgunun adli makamlara bildirilmesidir. İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemini yapmaktır.[10,11,12]

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı çocuk istismar ve ihmali konusunda İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Çalışma, İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'nun 21.03.2018 tarih ve 137 sayılı onayı alındıktan sonra 15.04.2018–15.10.2018 tarihleri arasında İzmir ilinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistanlık eğitimi veren SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini İzmir ilindeki toplam 184 aile hekimliği asistanı/araştırma görevlisi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü %80 güç, % 5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapma olarak alındığında en az 125 asistan hekim olarak hesaplanmıştır

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

İzmir ilinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden aile hekimliği asistanları araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli olan, başka bölümlerde rotasyonda olan ve anket formunu uygun şekilde doldurmayan asistanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyeti, yaşı, mezuniyet yılı, asistanlık yılı, tıp fakültesinde ve/veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alıp almama durumu, daha önce istismar vakasıyla karşılaşma durumları, karşılaşılırsa bildirim yapıp yapmadıkları, kendilerini ÇİVİ hakkında ne kadar yeterli gördükleri, ÇİVİ konusunda eğitim almak isteyip istememeleri bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin ÇİVİ konusundaki bilgi düzeyine yönelik sorulara verilen doğru yanıtlardan elde edilen genel bilgi puanı bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırma İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'nun 21.03.2018 tarih ve 137 sayılı onayı (EK-1) ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-2) çalışmanın yapılması ile ilgili gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır. Araştırmaya katılan asistan hekimlere;

- Araştırmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile izin alındı.

- Araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve otonomi ilkesine saygı gösterileceği bildirildi.

- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

- Zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı.

3.9. Veri Toplama Aracı Ve Yöntemi

Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde hekimlerin demografik özellikleri ile bilgi toplamak için düzenlenmiş 17 sorudan oluşan Sosyodemografik Veri Anketi (EK-3), ikinci bölümüne ise 50 sorudan oluşan Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi (EK-4) yer almaktadır. Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi Altan ve arkadaşları tarafından Türkiye’de geliştirilmiş ve geçerlilik –güvenirlik testleri yapılmış 50 sorudan oluşan bir bilgi testidir. Her doğru cevap için 1 puan, toplam en fazla 50 puan olacak şekilde puanlama yapılmıştır. Çoktan seçmeli bilgi testi 5 seçenekli olup, toplam 50 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Konu başlıklarına göre soruların dağılımı; 1-8 arası sorular fiziksel istismar, 9-13 arası sorular çocuğun ihmali, 13-17 arası sorular çocuğun gelişim basamakları ve sınırlar, 18-22 arası sorular cinsel istismar, 23-27 arası sorular istismarın hukuksal yönü, 28-31 arası sorular çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi, 32-38 arası sorular ergenlik ve adölesanla iletişim, 39-40 arası sorular sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımı, 41-42 arası sorular cinsel istismarın adli ve tıbbi değerlendirilmesi, 43-46 arası sorular çocuk istismarı risk faktörleri, 47-48 arası sorular çocuğun korunması, 49-50 arası sorular duygusal istismar ile ilgilidir.

3.10. Verilerin Toplanması

Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmacı her hastanenin eğitim seminerinden önce eğitim için toplanılan salonda asistanlara ulaşmış, öncelikle asistanlara kendini tanıtmış, gerekli izinlerin alındığını belirtmiş, çalışma ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapmış, sonrasında elde edilen verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yaparak anketleri dağıtmıştır. Ankette anlaşılmayan noktalarda araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Anketin ortalama yanıtlanma süresi 20 dakika olmuştur.

3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov Smirnov testleri) ile incelendi. Çalışmada toplanmış olan verilerden sayısal olanlar ortalama, ortanca, standart sapma, değer aralığı; kategorik veriler ise oran, yüzde gibi tanımlayıcı yöntemlerle ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları grafiksel olarak ve Shapiro–Wilk, Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için normal dağılıma bağlı olarak ortalama $\pm$ standart sapma ya da ortanca (ÇAG – Çeyreklikler Arası Genişlik, IQR – Interquartile Range) ile gösterildi. Sürekli değişkenleri normal dağılıma bağlı olarak student’ s t testi ya da Mann-Whitney U testi; kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde $p < 0.05$ anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışma, 15.04.2018–15.10.2018 tarihleri arasında İzmir ilinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda asistanlık eğitimi veren 4 hastanede gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar sosyodemografik veri anketi ve çocuk istismarı ve ihmali bilgi testi (ÇİİB-T) ile değerlendirilmiştir.

Çalışma için toplam 136 asistana ulaşıldı ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz dolduran 130 asistan ile çalışma tamamlandı. Katılımcıların 88’i (%67,7) kadın, 42’si (%32,3) erkekti. Katılımcıların yaşları 24 ile 36 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $27,8 \pm 2,5$ yaş olarak saptanmıştır. 30 yaşından küçük 95 (%73,1) 30 yaş ve üzeri 35 (%26,9) katılımcı vardır. Çalışmaya katılan asistanların 71’i (%54,6) uzmanlık eğitimi süresinin ilk yılında; 33’ü (%25,4) ikinci yılında ve 26’sı (%20) uzmanlık eğitiminin son senesindeydi. Hekimlik mesleğindeki sürelerine bakıldığında 89’u (68,5) 5 yıldan az ve 41’i (31,5) 5 yıl ve üzerinde tecrübeye sahipti. Katılımcıların 64’ü (%50,8) Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışırken, 66’sı (%48,2) Üniversite Hastanesinde çalışmaktaydı. Çalışmaya katılan asistanlara ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Asistanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan aile hekimi asistanları		Asistan sayısı	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	88	67,7
	Erkek	42	32,3
Yaş	30 yaş altı	95	73,1
	30 yaş ve üzeri	35	26,9
Meslek süresi	5 yıl	89	68,5
	5 yıl ve üzeri	41	31,5
Asistanlık yılı	1. yıl asistanı	71	54,6
	2. yıl asistanı	33	25,4
	3. yıl asistanı	26	20
Çalıştığı kurum	Eğitim Araştırma Hastanesi	64	50,8
	Üniversite Hastanesi	66	48,2

Çalışmaya katılan 59 (%45,4) asistan tıp fakültesi eğitimleri sırasında çocuk istismarına yönelik eğitim aldığını, 71 (%55,6) asistan ise tıp fakültesi eğitimleri sırasında çocuk istismarına yönelik eğitim almadığını belirtti. Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alanların ortalama ders süresi $3,5 \pm 2,8$ saat olarak saptandı. Çalışmaya katılan asistanlardan 38'i (%29,2) tıp fakültesinden mezun olduktan sonra çocuk istismarı konusunda eğitim aldığını, 92'si (%70,8) ise tıp fakültesi mezuniyeti sonrasında çocuk istismarı konusunda herhangi bir eğitim almadığını belirtti. Mezuniyet sonrası ÇİVİ konusunda eğitim aldığını belirtenlerin ortalama ders süresi $3,3 \pm 3,9$ saattir. Çalışmaya katılan asistanların tıp fakültesi eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında çocuk istismarı konusunda eğitim alma durumları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Asistanların Tıp Fakültesinde ve Mezuniyet Sonrasında Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumları

		Asistan sayısı	Yüzde
Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi aldı mı?	Evet	59	45,4
	Hayır	71	55,6
	Toplam	130	100
Mezuniyet sonrası ÇİVİ eğitim aldı mı?	Evet	38	29,2
	Hayır	92	70,8
	Toplam	130	100

Çalışmaya katılan asistanların 19'u (%14,6) meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit ettiğini, 111'i (%85,4) ise daha önce hiç çocuk istismarı vakası tespit etmediğini belirtti. Vaka tespit eden asistanların 1'i (%10,5) bildirim yapmadığını, 12'si (%63,2) adli rapor tuttuğunu ve 5'i (%26,3) polise haber verdiğini bildirdi. Asistanların çocuk istismar vakası tespit etme durumları Tablo 4.3. de verilmiştir.

Tablo 4.3. Asistanların Daha Önce Çocuk İstismarı Vakası Tespit Etme Durumları

		Asistan sayı	Yüzde
Meslek hayatında çocuk istismar vakası tespit etti mi?	Evet	19	14,6
	Hayır	111	85,4
Toplam		130	100

Çocuk istismarı vakası tespit eden asistanlara en çok hangi konularda zorlandıkları sorulduğunda, asistanların 15'i (%11,5) bildirim yapmadaki yasal süreçte, 11'i (%8,5) öykü-anamnez almada, 9'u (%6,9) fizik muayenede, 7'si (%5,4) rapor-kayıt tutmada zorluk yaşadığını, 1 kişi ise zorluk yaşamadığını belirtti. Asistanlar çocuk istismarı olgularının bildirim konusunda en çok zorlandıkları konunun 'yasal süreç' olduğunu belirtti. Çalışmaya katılan asistanların çocuk istismarı vakasında zorlandıkları konular Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Çalışmaya Katılan Asistanların Çocuk İstismarı Vakasında Zorlandıkları Konular

	Asistan sayısı	Yüzde
Öykü- anamnez alma	11	8,5
Fizik muayene	9	6,9
Kayıt tutma	7	5,4
Yasal süreç	15	11,5
Zorluk yaşamadım	1	0,8

*Bir kişi birden fazla şık işaretlemiştir.

Çalışmaya katılan asistanların 8'i (%6,2) ÇİVİ konusunda kendini yeterli gördüğünü, 56'sı (%43,1) ÇİVİ konusunda kendini kısmen yeterli gördüğünü, 54'ü (%41,5) kendini yeterli görmediğini, 12'si (%9,2) hiç yeterli görmediğini belirtti. Asistanların ÇİVİ hakkında kendilerini ne kadar yeterli hissettikleri konusundaki görüşleri Tablo 4.5. te verilmiştir.

Tablo 4.5. Asistanların ÇİVİ Hakkında Kendilerini Ne Kadar Yeterli Hissettikleri Konusundaki Görüşleri

	Asistan sayısı	Yüzde
Yeterli	8	6,2
Kısmen yeterli	56	43,1
Yeterli değil	54	41,5
Hiç yeterli değil	12	9,2
Toplam	130	100

Çalışmaya katılan asistanlara ÇİVİ hakkında bilgilenme gereksinimi sorulduğunda 126'sı (%96,9) bilgilenme ihtiyacı duyduğunu, 4'ü (%3,1) bilgilenme ihtiyacı duymadığını ifade etti. Asistanların ÇİVİ hakkında bilgi ihtiyacına yönelik görüşleri Tablo 4.6. da verilmiştir.

Tablo 4.6. Asistanların ÇİVİ Hakkında Bilgi Alma İhtiyacına Yönelik Görüşleri

		Asistan sayısı	Yüzde
ÇİVİ hakkında bilgi alma ihtiyacı hissediyor mu?	Evet	126	96,9
	Hayır	4	3,1
	Toplam	130	100

Asistanların ÇİİB-T' den aldıkları ortalama puan $33,8 \pm 5,8$ olarak saptandı. Çocuk istismarı ve ihmali bilgi testinden minimum 10 puan, maximum 42 puan alınmıştır. Katılımcıların ÇİİB-T'nde aldıkları ortalama puan Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların ÇİİB-T'nde Aldıkları Ortalama Puan

	n	Aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma	Medyan (min.-max.)
Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanları	130	$33,8 \pm 5,8$	35 (10-42)

n: asistan sayısı

Tablo 4.8. ÇİİB-T’ deki Soruların Konulara Göre Dağılımı ve Doğru Yanıtlanma Durumu-1

Konu	Soru No	n (%)
Fiziksel istismar	Soru 1	70 (53,8)
	Soru 2	123 (94,6)
	Soru 3	109 (83,8)
	Soru 4	113 (86,9)
	Soru 5	19 (14,6)
	Soru 6	119 (91,5)
	Soru 7	54 (41,5)
	Soru 8	109 (83,8)
İhmal	Soru 9	68 (52,3)
	Soru 10	116 (89,2)
	Soru 11	95 (73,1)
	Soru 12	109 (83,8)
	Soru 13	101 (77,7)
Gelişim basamakları ve sınırlar	Soru 14	112 (86,2)
	Soru 15	121 (93,1)
	Soru 16	90 (69,2)
	Soru 17	60 (46,2)
Cinsel istismar	Soru 18	122 (93,8)
	Soru 19	72 (55,4)
	Soru 20	114 (87,7)
	Soru 21	85 (65,4)
	Soru 22	79 (60,8)
İstismarın hukuksal yönü	Soru 23	19 (14,6)
	Soru 24	37 (28,5)
	Soru 25	98 (75,4)
	Soru 26	113 (86,9)
	Soru 27	18 (13,8)
Çocuğun ruhsal ve sosyal gelişim soruları	Soru 28	96 (73,8)
	Soru 29	98 (75,4)
	Soru 30	109 (83,8)
	Soru 31	113 (86,9)

Tablo 4.9. ÇİİB-T’ deki Soruların Konulara Göre Dağılımı ve Doğru Yanıtlanma Durumu-2

Konu	Soru no	n (%)
Ergenlik, cinsel kimlik, adölesanla iletişim	Soru 32	117 (90)
	Soru 33	109 (83,8)
	Soru 34	107 (82,3)
	Soru 35	95 (73,1)
	Soru 36	93 (71,5)
	Soru 37	120 (92,3)
	Soru 38	118 (90,8)
Sosyal hizmet yaklaşımı	Soru 39	14 (10,8)
	Soru 40	7 (5,4)
Cinsel istismar adli, tıbbi değerlendirilmesi	Soru 41	74 (56,9)
	Soru 42	20 (15,4)
Çocuk istismarı risk faktörleri	Soru 43	104 (80)
	Soru 44	45 (34,6)
	Soru 45	63 (48,5)
	Soru 46	109 (83,8)
Çocuğun korunması	Soru 47	112 (86,2)
	Soru 48	103 (79,2)
Duygusal istismar	Soru 49	98 (75,4)
	Soru 50	125 (96,2)

Çocuk istismarı ve ihmal bilgi testinde 50.soru doğru cevaplanma durumu en yüksek olan (125 asistan, %96,2), 40. soru doğru cevaplanma durumu en düşük olan (7 asistan, %5,4) soruydu. Konu başlıklarına göre soruların dağılımını incelediğimizde; 1-8 arası sorular fiziksel istismar, 9-13 arası sorular çocuğun ihmal, 13-17 arası sorular çocuğun gelişim basamakları ve sınırlar, 18-22 arası sorular cinsel istismar, 23-27 arası sorular istismarın hukuksal yönü, 28-31 arası sorular çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi, 32-38 arası sorular ergenlik ve adölesanla iletişim, 39-40 arası sorular sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımı, 41-42 arası sorular cinsel istismarın adli ve tıbbi değerlendirilmesi, 43-46 arası sorular çocuk istismarı risk faktörleri, 47-48 arası sorular çocuğun korunması, 49-50 arası sorular duygusal istismar ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. ÇİİB-T sorularının konulara göre dağılımı ve doğru cevaplanma durumu Tablo 4.8. ve 4.9. de verilmiştir.

Katılımcıların ÇİİB-T' nde aldıkları ortalama puanlar, sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, meslek süresi, çalıştığı kurum asistanlık yılı) göre karşılaştırıldığında cinsiyete göre aldıkları ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p=0,014$). Kadınların ortalama puanı ($34,75\pm4,95$) erkeklerin ortalama puanına ($31,8\pm7,0$) göre daha yüksektir. 30 yaşın altındaki hekimlerin ortalama puanı ($34,18\pm5,8$) 30 yaş ve üzerindeki hekimlerin ortalama puanına ($32,74\pm5,9$) göre daha yüksektir. Yaşa göre aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,101$).

5 yılın altında hekimlik tecrübesine sahip asistanların ortalama puanı ($34,13\pm5,8$) 5 yıl ve üzerinde hekimlik yapmakta olanların ortalama puanından ($33,07\pm6,0$) yüksektir. Asistanlıklarının ilk yılında olanların ortalama puanı ($34,50\pm5,58$) ikinci yılında ($32,87\pm6,65$) ve üçüncü yılında ($33,03\pm5,49$) olan asistanların ortalama puanından daha yüksektir. Asistanların meslekte çalışma süresine göre aldıkları ortalama puan kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,172$). Çalıştığı kuruma göre aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,220$). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları ortalama puanların karşılaştırılması Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		n	Aritmetik ortalama ±standart sapma	Medyan (min.-max.)	p
Cinsiyet	Kadın	88	34,75±4,95	36(15-42)	0,014
	Erkek	42	31,8±7,0	33(10-40)	
Yaş	30 yaş altı	95	34,18±5,8	36(10-42)	0,101
	30 yaş ve üzeri	35	32,74±5,9	34(17-42)	
Meslek süresi	5 yıl	89	34,13±5,8	36(10-42)	0,262
	5 yıl ve üzeri	41	33,07±6,0	34(16-42)	
Asistanlık yılı	İlk 1 yıl asistanı	71	34,50±5,58	36(10-42)	0,172
	2. yıl asistanı	33	32,87±6,65	35(13-42)	
	3. yıl asistanı	26	33,03±5,49	34(16-40)	
Çalıştığı kurum	Eğitim araştırma hastanesi	64	33,43±5,55	35(13-41)	0,220
	Üniversite hastanesi	66	34,15±6,17	36(10-42)	

Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alanların ortalama puanı (35,08±3,74) tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alamayanların ortalama puanına (32,73±7,0) göre daha yüksektir. Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alma ve almama durumuna göre ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0,172). Mezuniyet sonrası ÇİVİ eğitimi alma ve almama durumunda ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,172). Katılımcıların mezuniyet öncesi ve sonrası ÇİVİ eğitim alma durumuna göre aldıkları ortalama puanlar Tablo 4.11. da verilmiştir.

Tablo: 4.11. Katılımcıların Mezuniyet Öncesi ve Sonrası ÇİVİ Eğitimi Alma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

ÇİVİ eğitimi alma durumu		n	Aritmetik ortalama ±standart sapma	Medyan (min.-max.)	p
Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi aldı mı?	Evet	59	35,08±3,74	36(22-42)	0,172
	Hayır	71	32,73±7,0	35(10-42)	
Mezuniyet sonrası ÇİVİ eğitimi aldı mı?	Evet	38	32,81±6,44	34(13-41)	0,172
	Hayır	92	34,20±5,59	35(10-42)	

Çalışmamızdaki asistanların ÇİVİ hakkında yeterli hissedenenlerin ortalama puanı (33±6,74) ÇİVİ konusunda kendini yetersiz hissedenen asistanların ortalama puanına (34,57±4,79) göre daha düşük saptandı. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hekimleri kendini yeterli görmesi veya görememesi durumunda bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0,344).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda İzmir ilinde uzmanlık eğitimi alan Aile Hekimliği asistanlarına ulaşmak hedeflenmiştir. ÇİVİ' nin tanısı, önlenmesi ve tedavisinde önemli rolleri olan ve birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışacak olan uzman hekimlerin konu hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla uygulanmıştır.

Çalışmamıza 88'i (%67,7) kadın, 42'si (%32,3) erkek olmak üzere toplam 130 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Kara' nın 2014 yılında Ankara' da pediatri asistanlarının, pediatri uzmanlarının ve pratisyen hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla 550 hekim ile yaptığı çalışmasında kadın hekimlerin sıklığı %61,6 ile daha yüksek bulunmuştur.[55]

Kamiloğlu ve arkadaşlarının Ankara' daki aile hekimliği asistanları ile yaptığı çalışmada da kadın hekimlerin sıklığı % 61,2 olarak saptanmıştır. [13] Çalışmamız literatür ile uyumlu olup bu durum aile hekimliği uzmanlığının kadın hekimler tarafından daha çok tercih edildiğini göstermektedir.

Çalışmamızdaki hekimlerin yaşları 24 ile 36 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $27,8 \pm 2,5$ olarak saptanmıştır. Asistanların %73,1' i 30 yaşın altındadır. Yaman ve arkadaşlarının asistan hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin yaş ortalaması $29,61 \pm 4,73$ yıldır.

Kocaer' in çalışmasında da hekimlerin %62,6' sı 36-45 yaş grubu arasında bulunmuştur.[56] Demir tarafından Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerle çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan benzer bir çalışmada yaş ortalaması $39,73 \pm 6,90$ bulunmuştur. [10] Çalışmamızda yaş ortalamasının daha düşük olmasının nedeni çalışmanın uzmanlık eğitimine mezuniyetten hemen sonra başlayan asistan hekimler ile yürütülmüş olmasıdır.

Çalışmamıza katılan asistanların 71' i (%54,6) uzmanlık eğitimi süresinin ilk 1. yılında, 33'ü (%25,4) ikinci yılında, 26'sı (%20) uzmanlık eğitiminin son yılındadır. Hekimlik mesleğindeki sürelerine göre 89'u (%68,5) 5 yıldan az, 41'i (%31,5) 5 yıl ve üzerindedir. Türker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise aile hekimlerinin %63,7'sinin 11 yıl ve daha fazla süredir görev yaptıkları saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan asistanlardan 59'u (%45,4) tıp fakültesi eğitimleri esnasında ÇİVİ konusunda eğitim aldığını, 71'i (%55,6) tıp fakültesinde ÇİVİ konusunda eğitim almadığını belirtmiştir. Demir tarafından 2012 yılında Edirne'de yapılan çalışmada katılımcıların tıp fakültesinde ÇİVİ konusunda eğitim alma sıklıkları benzer şekilde %54 olarak belirtilmiştir.[10] Yaman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin %56,84'ü tıp eğitimi sırasında ÇİVİ konusunda eğitim aldığı saptanmıştır. [3] Çalışmamıza katılan asistanların tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alma sıklıkları %45,4 olup, daha önce yapılan çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamıza katılan asistanlardan 38'i (%29,2) tıp fakültesinden mezun olduktan sonra çocuk istismarı konusunda eğitim almış, 92'si (%70,8) ise tıp fakültesi mezuniyeti sonrasında çocuk istismarı konusunda herhangi bir eğitim almamıştır. Demir'in yaptığı çalışmada mezuniyet sonrası eğitim alma sıklığı % 58,9, Kara'nın çalışmasında % 61,2, Türker'in çalışmasında ise % 80 olarak bulunmuştur. [10,55,57]

Çalışmamızda katılımcıların mezuniyet sonrasında eğitim alma sıklığının %29,2 olarak benzer çalışmalardan daha düşük olması çalışmamızın mezuniyet sonrası hemen uzmanlık eğitimine başlayan mesleki tecrübeleri daha az, yaş ortalaması düşük asistan hekimler ile yürütülmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda çocuk istismarı vakası tespit eden asistanlara en çok hangi konularda zorlandıkları sorulduğunda, asistanların 15'i (%11,5) 'bildirim yapma ve yasal süreç', 11'i (%8,5) 'öykü-anamnez alma', 9'u (%6,9) 'fizik muayene' cevabını vermiştir. Asistanların çocuk istismarı olgularının bildirim konusunda en çok zorlandıkları konu 'yasal süreç' olmuştur. Kocaer' in 2006 yılındaki çalışmasında doktor ve hemşireler çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştıklarında zorlandıkları durumların başında yasal süreçler gelmektedir. [3] Pakiş ve arkadaşlarının hekim ve hemşirelerin bilgi düzeyini araştırmak için yaptığı çalışmada da benzer şekilde %58,4 sıklıkla katılımcılar en çok yasal süreçte zorluk yaşamışlardır.[58] Al-Moosa ve ark. Kuveyt'te 117 çocuk hekimi ile yaptıkları çalışmada hekimlerin %80'den fazlası olası istismar ve ihmal olguları ile karşılaştıklarında yasal süreçte neler yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. [59] Bu durum hekimlerin konu ile ilgili yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca bu durum sağlık çalışanlarının çoğunun yasal süreç ve

bildirim yapmada zorluk yaşaması ve kendini eksik hissetmesi, ÇİVİ vakalarının daha az raporlanmasına ve daha az kayıt tutmasına neden olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan asistanlardan 19'u (%14,6) meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit etmiş, 111'i (%85,4) ise ÇİVİ vakası tespit etmemiştir. Türker ve ark. yaptığı çalışmada meslek yaşamları süresince aile hekimlerinin %67,5'inin, hemşire ve ebelerin ise %18,8'inin istismar vakası ile karşılaştığını saptamıştır. [57] Yaptıkları çalışmalarda Kocaeli hekimlerin %52,6'sının, Kara pratisyen hekimlerin %54,8'inin çalışma hayatları boyunca istismar vakasıyla karşılaştığını belirtmişlerdir. [55,56]

Gölge ve ark. yaptığı çalışmada hekimlerin %43,8'inin, hemşire-ebelerin %36,2'sinin meslek yaşamları süresince ÇİVİ olgusuyla karşılaştıkları saptanmıştır. Pakiş ve ark. yaptığı çalışmada doktorlar ve hemşirelerin %38,6'sının ÇİVİ vakası tespit ettiği belirlenmiştir.

Kamiloğlu'nun yaptığı çalışmada tıp fakültesinde çocuk istismarı konusunda eğitim alan katılımcıların son bir yılda istismar vakasıyla karşılaşma durumu eğitim almayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre, çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan hekimlerin bu konuyla daha ilgili ve farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir.

Akçay'ın 2008 yılında yaptığı çalışmada da katılımcıların büyük bir bölümü istismar konusunu göz önünde bulundurmasına karşın önemli bir kısmının hiç istismar tanısı koymadığı saptanmış, bu durum daha çok katılımcıların istismar bulgu ve belirtilerini tanıyamamaları ile açıklanmıştır. [60] Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre hekimlerin ÇİVİ olgusu ile karşılaşma ve tespit etme durumunun daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun asistan hekimlerin meslekteki tecrübelerinin daha az oluşu, mezuniyet sonrası ÇİVİ eğitimi alma sıklığının düşük olması ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan asistanların 8'i (%6,2) ÇİVİ konusunda kendini yeterli gördüğünü, 56'sı (%43,1) ÇİVİ konusunda kendini kısmen yeterli gördüğünü, 54'ü (%41,5) kendini yeterli görmediğini, 12'si (%9,2) hiç yeterli görmediğini belirtmişlerdir. Bu duruma göre katılımcıların yarısı kendini ÇİVİ konusunda yetersiz görmektedir. Çalışmaya katılan asistanlara ÇİVİ hakkında bilgilenme gereksinimi sorulduğunda 126'sı (%96,9) bilgilenme ihtiyacı duyduğunu, 4'ü (%3,1) bilgilenme

ihtiyacı duymadığını belirtmiştir. Asistan hekimler yüksek düzeyde eğitim eksikliği olduğunu ve bilgi alma ihtiyacı hissettiklerini belirtmişlerdir.

Solak ve ark. aile hekimleriyle yaptığı çalışmada, ÇİVİ vakası ile karşılaşan hekimlere vakaya müdahale konusunda kendilerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda hekimlerin % 27,8'i kendisini yeterli olarak değerlendirmiştir. Türker'in çalışmasında kendisini yeterli bulan aile hekimi % 46,2 olarak tespit edilmiştir. [18,57]

Gölge' nin yaptığı çalışmada hekimlerin %70,9'unun, hemşire-ebelerin %54,3'ünün böyle bir olguyla karşılaştıklarında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmedikleri anlaşılmaktadır. Hekimlerin %87,5'i, hemşire-ebelerin %90,6'sı bu konuyla ilgili daha fazla bilgi almaları gerektiğini ve hekimlerin %96,4'ü, hemşire-ebelerin %98,6'sı bu konuya yönelik özel profesyonel merkezlerin olması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin %96,4'ü, hemşire-ebelerin ise %94,9'u çocuk istismarı olgusu ile karşılaştıklarında adli bildirimde bulunacaklarını ifade etmiştir.

Bildirimde bulunmayan grup ise gerekçe olarak, yasal sürece ilişkin bilgileri olmadıklarını, başına olumsuz bir şey geleceği endişesi yaşadıklarını, adli makamların ve sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir.[61]

Kara'nın çalışmasında da daha önce ÇİVİ olgusu ile karşılaşan hekimlerde ÇİVİ konusunda yetersiz kaldıkları veya zorlandıkları durumlar değerlendirilmiş; hekimlerin bildirim yapmama nedenlerinin başında %78,3 ile ÇİVİ hakkında yeterli bilginin olmayışı gelmiştir. Kocaer'in çalışmasında hekimlerin %48,6'sı, hemşirelerin %27,9'u öğrenimleri sırasında ÇİVİ konusunda eğitim aldıklarını, ancak hekimlerin %64,4'ü, hemşirelerin %73,7'si aldıkları bu eğitimin yeterli olmadığını belirtmiştir. [55,56]

Lazenbatt ve Freeman'ın İrlanda'da yaptıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının farkındalığı çalışmasında, katılımcıların %74'ü ÇİVİ vakalarının bildirimini bilmelerine karşın, %79'u eğitim gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. [62] Geçmişte yapılmış bu çalışmalarla bulgularımızı karşılaştırdığımızda, öğrenim sırasında verilen eğitimin yıllar içerisinde artış gösterdiğini ancak bu konuda bilgi gereksinimine duyulan ihtiyacın değişmediğini hatta arttığını görmekteyiz. Bu durum verilen eğitimin içeriğinin sağlık çalışanları tarafından yeterli bulunmadığını göstermektedir. Bu yetersizlik, planlı ve etkili verilecek hizmet içi eğitimlerle giderilebilir.

Çalışmamızda katılımcılara çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 50 soruluk ÇİİB-T uygulanmıştır. Her doğru cevap için 1 puan, toplam en fazla 50 puan olacak şekilde puanlama yapılmıştır. Asistanların ÇİİB-T' den aldıkları ortalama puan $33,8 \pm 5,8$ olarak saptanmıştır.

Katılımcıların ÇİİB-T'nde aldıkları ortalama puanlar, sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, meslek süresi, çalıştığı kurum asistanlık yılı) göre karşılaştırılmıştır. Bu özelliklerden cinsiyet ($p=0,014$) faktöründe aldıkları ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların ortalama puanı ($34,75 \pm 4,95$) erkeklerin ortalama puanına ($31,8 \pm 7,0$) göre daha yüksektir.

Kamiloğlu'nun çalışmasında, kadın hekimlerin ÇİVİ konusundaki bilgi puanı erkek hekimlerden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Pakiş ve ark. yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının ÇİVİ konusunda bilgi düzeyi kadınlarda önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. [58]

Al-Moosa ve arkadaşlarının Kuveyt'te 117 pediatri hekimi ile yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çocuk istismarı olgularını daha fazla tanıdığı saptanmıştır. [63] Dolayısı ile çalışmamızda cinsiyet faktörüne göre ÇİVİ bilgi düzeyi değerlendirilmesi literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Kadın hekimlerin çocuk istismarı konusunda bilgi düzeylerinin farkındalıklarının daha yüksek olması, genellikle kadınların çocuklarla daha fazla zaman geçirmesi, bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri dolayısı ile onları daha iyi anlamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda 30 yaşın altındaki hekimlerin ortalama puanı ($34,18 \pm 5,8$) 30 yaş ve üzerindeki hekimlerin ortalama puanına ($32,74 \pm 5,9$) göre daha yüksek bulundu. Yaşa göre aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,101$).

Çalışmamızda asistanların hekimlik sürelerine göre, 5 yılın altında hekimlik yapanların ortalama puanı ($34,13 \pm 5,8$) 5 yıl ve üzerinde hekimlik yapmakta olanların ortalama puanından ($33,07 \pm 6,0$) yüksektir. Asistanlıklarının ilk senesinde olanların ortalama puanı ($34,50 \pm 5,58$) diğer asistanların ortalama puanından daha yüksektir. Çalışmamızda meslek süresi ve asistanlık yılına göre ÇİVİ bilgi düzeyi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kamiloğlu' nun çalışmasında asistanlığın son senesinde olan grubun aldığı ortalama puan

(11,62±2,36), asistanlığın ilk iki senesinde olan asistan grubunun aldığı ortalama puana (10,96±2,16) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. [55] Diğer çalışmaların aksine çalışmamızda asistanlık eğitiminin birinci yılında olan hekimlerin ortalama puanının daha yüksek olmasının tıp fakültesinden yakın zamanda mezun olmaları ve son yıllarda tıp fakültelerimizde verilen ÇİVİ eğitimine daha çok önem verilmesi ve sevindirici bir şekilde üniversite hastanelerindeki Çocuk Koruma Merkezi sayılarının giderek artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların tıp fakültesinde ÇİVİ eğitim alma durumuna göre bilgi puan ortalaması kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,172$). Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alanların ortalama puanı (35,08±3,74) tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi almayanların ortalama puanına (32,73±7,0) göre daha yüksektir. Kamiloğlu ise çalışmasında tıp fakültesinde istismar konusunda eğitim almış asistanların eğitim almamış asistanlara göre istismar konusunu daha fazla göz önünde bulundurduğunu belirtmiştir.

Bahadır ve ark. yaptığı çalışmada tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında istismar konusunda eğitim alan asistanların eğitim almayan asistanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak, istismar konusunu daha fazla göz önünde bulundurduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Özen ve arkadaşlarının 2017’ de yaptığı çalışmada acil serviste çalışan doktor ve hemşirelerin ÇİVİ hakkında eğitim alma durumunun bilgi düzeylerinde belirleyici olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. [15,59] Bu durum ÇİVİ eğitimlerinin, hekimlerin bilgi ve farkındalıklarını arttırdığı, günlük klinik pratiklerinde karşılaşacakları ÇİVİ vakalarını tespit etmelerine fayda sağlayacağını düşündürmektedir.

Regnaut’ un yaptığı bir çalışmada hekimlerin ÇİVİ vakalarının erken tanısı hakkında çok az bilgiye sahip oldukları, yanlış tanı korkusunun şüpheli vakaların bildirilmesinin önündeki en önemli engel olduğu saptanmıştır. Yadav tarafından Kırgızistan’da yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin ÇİVİ hakkındaki bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı ve birçok hekimin ÇİVİ vakalarını bildirmesi gerektiğinin farkında olmadığı ortaya konmuştur. [64,65]

Çocuk istismarı çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan sosyal ve tıbbi bir sorundur. Genellikle gizlenme eğilimi olduğundan, çocuk istismarının

tanısının konmasında ve ölümcül sonuçların önlenmesinde hekimin farkındalığı, bilgi birikimi ve motivasyonu çok önemlidir. ÇİVİ' nin tanısında hekimler çok önemli bir role sahiptir. Daha önceki araştırmalar, hekimlerin ÇİVİ' yi bildirme konusunda birçok değişik faktörden etkilendiğini göstermiştir. Bu faktörler arasında ÇİVİ konusu hakkında bilgi ve farkındalık eksiklikleri ön planda yer almaktadır.

Geçmiş yıllarda yapılmış benzer çalışmalarda da sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalini tanımlamada yetersiz bilgi düzeyine sahip oldukları anlaşılmaktadır. İstismara bağlı minör bulgular ve risk faktörleri bilinemezse daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacaktır. İstismara uğrayan çocuklar iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, ilerleyen dönemde %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ciddi olarak hasara uğratıldığı gözlenmiştir. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarla karşılaşma olasılıkları yüksek olan sağlık çalışanlarının yeterli bilgi donanımına sahip olmaları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı yaratacaktır. [30]

Birinci basamak sağlık sisteminin, sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması, bu basamakta görev yapan aile hekimlerinin hastalara ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olması, hasta ile uzun dönemli bir ilişki içinde bulunması ve sistemin diğer aşamaları ile bilgi aktarımı gerçekleştirebilmesi vb. özelliklere sahiptir. Bu nedenle birinci basamak sağlık sisteminde görev yapan aile hekimlerinin ihmal ve istismarı erken dönemde fark etme açısından kritik bir durumda oldukları söylenebilir. [66]

Çocukları şiddetten korumada hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanları ve pek çok meslekten insanların çabası gereklidir. Birinci basamaktaki hekimlerin çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve korunmasına ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması önem taşımaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma İzmir ilindeki aile hekimliği asistanlarının çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

- Çalışmamızda yer alan asistan hekimlerin 88'i (%67,7) kadın, 42'si (%32,3) erkektir. Kadınların ÇİİB-T' nde aldıkları ortalama puan ($34,75 \pm 4,95$) erkeklerin ortalama puanına ($31,8 \pm 7,0$) göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,014$)
- Çalışmamızdaki hekimlerin yaşları 24 ile 36 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $27,8 \pm 2,5$ olarak saptanmıştır.
- Meslekte çalışma sürelerine göre 89'u (%68,5) 5 yılın altında, 41'i (%31,5) 5 yıl ve üzerinde hekimlik yapmaktadır.
- Çalışmamıza katılan asistanlardan 59'u (%45,4) tıp fakültesi eğitimleri esnasında ÇİVİ konusunda eğitim almışken, 38'i (%29,2) tıp fakültesinden mezun olduktan sonra çocuk istismarı konusunda eğitim almıştır. Çalışmaya katılan asistanların 126'sı (%96,9) ÇİVİ hakkında bilgilendirme ihtiyacı duyduğunu belirtmiştir.
- Çalışmamıza katılan asistanlardan 19'u (%14,6) meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit etmiş, 111'i (%85,4) ise ÇİVİ vakası tespit etmemiştir.
- Çalışmamızdaki çocuk istismarı vakası tespit eden hekimlerin %78,9'unun en çok 'bildirim yapma ve yasal süreç' konusunda zorlandıkları belirlenmiştir.
- Çalışmamızdaki hekimlerin %50,7'si ÇİVİ hakkında kendilerini yetersiz görmektedir.

Koruyucu ve tedavi edici hizmetleri kapsayan birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Sadece hastalığa değil hastalığa neden olan tüm risklere karşı koymak ve bu yönde stratejiler geliştirmek birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir etkidir. Çocuk ihmal ve istismarında erken tanı, ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunun önceden belirlenerek önlem alınması için gereklidir. Çocuk ihmal ve istismarının erken tanısında aile hekimlerinin önemli bir rolü vardır.

Yapılan çalışmalar hekimlerin birinci basamakta çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma oranlarının hiç de azımsanmayacak bir oranda olduğunu göstermektedir. Altıparmak ve arkadaşlarının çalışmasında 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımı için en sık aile sağlığı merkezlerine başvuru yaptığını tespit etmiştir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan, bireylerin ilk değerlendirmesini yapan aile hekimlerine çocuk ihmali ve istismarının ilk tanısında veya şüphe duyulan vakaların araştırılmasında büyük sorumluluk yüklemektedir. Aile hekimleri herhangi bir istismar vakası ortaya çıkmadan gerekli risk değerlendirmesini ve şüphelenilen durumların erken tanısı ve gerekli yönlendirmesini yaparak birincil koruma sağlamaktadır.

Çalışmamızdaki bulgular ve bu konuda yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde hekimlerin ÇİVİ konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmektedir. Çalışmamızdaki hekimlerin %96,9'u bilgi alma ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin ÇİVİ konusu tıp fakültesi ders müfredatında yeterli düzeyde işlenmeli, hekimlere mezuniyet sonrasında da periyodik olarak düzenlenecek hizmet içi eğitim programları ile anlatılmalı, bu konudaki farkındalık üst düzeyde tutulmaya çalışılmalıdır. ÇİVİ önleme ve tedavi süreçlerinde multidisipliner ekip çalışması gerekmektedir. Çocukla karşılaşan bütün meslek gruplarına konuya ilişkin farkındalık eğitimleri yapılabilir.

Hekimler ÇİVİ olgularının tespitinde ve yönetiminde bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu durum şüpheli vakaların bildirimi konusunda hekimi isteksiz kılar. Bu nedenle hekimlere güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasına ihtiyaç vardır.

İZMİR’ DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı çocuk istismar ve ihmali konusunda İzmir’deki aile hekimliği asistanlarının bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Çalışma 15.04.2018–15.10.2018 tarihleri arasında İzmir ilinde Aile Hekimliği anabilim dalında asistanlık eğitimi veren 4 hastanede gerçekleştirilmiştir. Toplam 130 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmada hekimlerin sosyodemografik özelliklerini içeren 17 soruluk sosyodemografik veri anketi ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla Altan ve arkadaşları tarafından Türkiye’de geliştirilmiş ve geçerlilik –güvenilirlik testleri yapılmış 50 sorudan oluşan ‘Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi’ kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analiz ve hesaplamalar için SPSS Statistics Ver. 22.0 programı kullanıldı. İstatistiksel analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde $p < 0.05$ anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 88’i (%67,7) kadın, 42’si (%32,3) erkek olmak üzere toplam 130 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcıların yaşları 24 ile 36 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $27,8 \pm 2,5$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların 95’i (%73,1) 30 yaşın altında, 35’i (%26,9) 30 yaş ve üzerindedir. 30 yaşın altındaki hekimlerin ortalama puanı ($34,18 \pm 5,8$) 30 yaş ve üzerindeki hekimlerin ortalama puanına ($32,74 \pm 5,9$) göre daha yüksek bulundu. Çalışmaya katılan asistanların 71’i (%54,6) uzmanlık eğitimi süresinin 1. yılında, 33’ü (%25,4) ikinci yılında, 26’sı (%20) uzmanlık eğitiminin son yılındadır. Hekimlik mesleğinde çalışma sürelerine göre 89’u (68,5) 5 yıldan az, 41’i (31,5) 5 yıl ve üzerindedir. Çalışmamıza katılan asistanlardan 59’u (%45,4) tıp fakültesi eğitimleri esnasında ÇİVİ konusunda eğitim almışken, 38’i (%29,2) tıp fakültesinden mezun olduktan sonra çocuk istismarı konusunda eğitim almıştır. Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alanların ortalama puanı ($35,08 \pm 3,74$) tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alamayanların ortalama puanına ($32,73 \pm 7,0$) göre daha yüksek bulundu. Çalışmamıza katılan asistanlardan 19’u (%14,6) meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit ettiği, vakası tespit eden hekimlerin %78,9’unun en çok ‘bildirim yapma ve yasal süreç’ konusunda zorlandıkları belirlendi. Çalışmamızdaki hekimlerin %50,7’sinin ÇİVİ hakkında kendilerini yetersiz gördüğü,

126'sının (%96,9) ÇİVİ hakkında bilgilenme ihtiyacı duyduğu saptandı. Kadınların ÇİİB-T' nde aldıkları ortalama puan ($34,75 \pm 4,95$) erkeklerin ortalama puanına ($31,8 \pm 7,0$) göre daha yüksek saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,014$).

Sonuç: Önemli bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarı ile mücadelede sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Aile hekimleri de biyopsikososyal bir model olarak tanımlanan bütüncül yaklaşım modeli ile bu konuda üzerine düşen görevlerini yerine getirmelidir. Aile hekimlerinin bu görevi etkin ve etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için, mezuniyet öncesi ve sonrasında gerekli eğitimler verilerek bu konudaki bilgi ve duyarlılık düzeyleri artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Bilgi Düzeyi, Çocuk İstismarı ve İhmali,

EVALUATION OF KNOWLEDGE OF FAMILY PHYSICIAN RESIDENTS IN İZMİR ON CHILD ABUSE AND NEGLECT

SUMMARY

Aim: The aim of this study is to determine the knowledge levels and related factors of family medicine residents in İzmir regarding child abuse and neglect.

Material and Method: This is a descriptive cross-sectional study. The study was conducted between 15.04.2018-15.10.2018 in 4 hospitals in İzmir Province, which provided assistant training in the Department of Family Medicine. A total of 130 participants were reached. In this study, in order to determine the 17-item sociodemographic data survey, which includes the sociodemographic characteristics of physicians, and to determine the level of knowledge of physicians about child abuse and neglect by Altan and colleagues developed and validated- reliability tests conducted in Turkey consisting of 50 questions 'Child Abuse and Neglect Information Test' was used. SPSS Statistics Ver for all statistical analysis and calculations. 22.0 program was used. In the evaluation of statistical analysis results, $p < 0.05$ was accepted as an indicator of significant difference.

Results: A total of 130 family medicine assistants, 88 (67.7%) female and 42 (32.3%) male, participated in our study. The ages of the participants ranged between 24 and 36, and the average age was determined as 27.8 ± 2.5 . 95 (73.1%) of the participants are under the age of 30, and 35 (26.9%) are over the age of 30. The average score of physicians under the age of 30 (34.18 ± 5.8) was higher than the average score of physicians aged 30 and over (32.74 ± 5.9). 71 (54.6%) of the assistants participating in the study are in the first year of the specialty education period, 33 (25.4%) in the second year and 26 (20%) in the last year of the specialty education. 89 (68.5) is less than 5 years, 41 (31.5) are 5 years and over according to working hours in the medical profession. While 59 (45.4%) of the assistants who participated in our study were trained on child abuse and neglect during medical education, 38 (29.2%) received training on child abuse after graduating from medical school. The average score of those who received child abuse and neglect education in medical school (35.08 ± 3.74) was higher than the average score of those who could not receive child abuse and neglect education in medical school (32.73 ± 7.0). It was determined that 19 (14.6%) of the assistants who participated in our study identified child abuse cases throughout

their professional life, and 78.9% of the physicians who identified the case had difficulties in making “notification and legal process” the most. It was determined that 50.7% of the physicians in our study found themselves insufficient about child abuse and neglect, 126 (96.9%) needed to be informed about child abuse and neglect. The average score (34.75 ± 4.95) that women received in the ÇİİB-T was higher than the average score of the men (31.8 ± 7.0) and was found statistically significant ($p=0.014$).

Conclusion: Health professionals play a major role in combating child abuse, an important public health problem. Family physicians should fulfill their duties in this regard with the holistic approach model defined as a biopsychosocial model. In order for family physicians to fulfill this task effectively and effectively, the necessary trainings should be given before and after graduation and their knowledge and sensitivity should be increased.

Keywords: Child Abuse and Neglect, Family Medicine, Knowledge Level

7. KAYNAKLAR

- [1] Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Child abuse and prevention in primary care, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(9): 153–157, 2006.
- [2] Karakaş B, Çevik ÖC. Çocuk Refahı: Çocuk Hakları Perspektifinden Bir Değerlendirme. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim. Fakültesi Dergisi, 18(3): 887–906, Ankara, 2016.
- [3] Yaman S. Cumhuriyet Üniversitesi hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sivas, 2017.
- [4] Pişi D. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların psiko-sosyal özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- [5] Özcan MC. İstismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
- [6] Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. A social and medical problem of children: Abuse. Van Tıp Dergisi, 17 (3): 108-113, 2010.
- [7] Yolcuoğlu İG. Türkiye’de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi. 5(18): 43–58, 2009.
- [8] Kılıç A, Özçetin M. Çocuk istismarı ve ihmali önlemede kanıta dayalı yaklaşımlar. Fırat Tıp Dergisi. 23(3) 107–112, 2018.
- [9] Ozbaran B, Erermis S, Bukusoğlu N, Bildik T, Tamar M, Ercan E. et al. S. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: A clinical sample in Turkey. Journal of Interpersonal Violence 24(9):1478–1493, 2009.
- [10] Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Edirne, 2012.
- [11] Koç EM, Şahin Dağlı F. Çocuk istismarına toplumsal bakış: Aile hekiminin bilinçlendirme ve koruma sorumluluğu. Aile Hekimliğinde Sosyal Psikiyatri ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.26-30.
- [12] KURT S. Çocuk haklarına ilişkin mevzuat ve uygulamalar. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 36: 99–127, 2016.

- [13] Kamiloğlu M. Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2018.
- [14] Karakaş B, Çevik ÖC. ‘ Çocuk Refahı: Çocuk Hakları Perspektifinden Bir Değerlendirme’, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 18(3), 887-906, 2016.
- [15] Bahadır V. Kocaeli üniversitesi tıp fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2018.
- [16] Dirican R. Derleme Tarihi Süreçte Çocukluk ve Çocuk Hakları. Çocuk ve Gelişim Dergisi, 2(2): 51-62, 2018.
- [17] Çocuk Haklarının Tarihçesi. <http://www.cocukhaklariizleme.org/cocuk-haklarinin-tarihcesi> (Erişim Tarihi: 03.01.2020)
- [18] Solak Y. Adana il merkezi aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktorların çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. Adana, 2018.
- [19] Çocuk Haklarına Dair Sözleşme <https://www.unicef.org/turkey/cocuk-haklarina-dair-sozlesme> (Erişim Tarihi: 05.01.2020)
- [20] Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk istismarı ve ihmali: Ortopedik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35(1): 27–33, 2004.
- [21] Alparslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Dergisi, Afyonkarahisar, 2014;15(2):194-201
- [22] Yıldırım İ. Ebeveynlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi; tutum ve farkındalık düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2019.
- [23] Beyazıt U. Çocuk istismarı konusunda Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2015
- [24] Tunçel EK, DüNDAR C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi.17(2):105–110, 2007.
- [25] Oral Ü. K, Engin P, Büyükyazıcı Z. Türkiye’ de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması (The research on child abuse and domestic violence in Turkey) 2010.
- [26] Acehan S, Bilen A, Ay M. O, Gülen M, Avcı A, İçme F. Evaluation of child abuse and neglect. Arsiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4): 591–614, 2013.

- [27] Kara B, Biçer Ü, Gökalp A.S. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hast. Dergisi, 47(2): 140–151, 2004.
- [28] Pelendecioglu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9(1): 51-62, 2009.
- [29] Oya Y. Çocuk istismarı ve ihmalinin bildirimine yönelik öğretmen tutumları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
- [30] Yazar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2011;15(4):178-183
- [31] Şahin F, Taşar M.A. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. Türk Pediatri Arşivi, 47(3): 152–158, 2012
- [32] Akgündüz E, Kaya K, Kalaoğlu E, Bulut F. D, Hilal A. Munchausen by proxy syndrome : Case report. Ahi Evran Medical Journal, 1:16–18, 2018.
- [33] İnce T, Yurdakök K. Munchausen syndrome by proxy; a serious child abuse form. Turkish Journal of Pediatric Disease, 2014; 3: 165-170
- [34] Dağlı F. Ş. Duygusal ihmal, istismar v e çocuk hekiminin rolü. 2016; 38(2):18-27
- [35] Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: A critical review. Frontiers in Human Neuroscience, 6: 1–24, 2012
- [36] Penelope K. Trickett, Ferol E. Mennen, Kihyun Kim, Jina S. “Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. Child Abuse Negl. 2009 January ; 33(1): 27–35.
- [37] Wilson SL, Kuebli JE, Hughes HM. Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention,” Child Abus. Negl., 29(9): 985–1001, 2005
- [38] Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL. World report on violence and health -World Health Organization. *Lancet*, 360:1083–88, 2002.
- [39] İbiloğlu AO, Atılı A, Oto R, Özkan M. Çocukluk çağı cinsel istismar ve enstest olgularına çok yönlü bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar . 10(1): 84–98, 2018
- [40] Saner S. Çocuk cinsel istismarı ve zor açığa çıkması. ss. 1–34, 2017.
- [41] Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. Victims of sexual offences: Medicolegal examinations in emergency settings. Journal of Clinical Forensic Medicine. 13(6-8): 300–303, 2006

- [42] Demir M. Çocuk ve ergenlerin cinsel istismarı sonrasında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu özelliklerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Bursa, 2008.
- [43] Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4): 14-22, 2007.
- [44] Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. Child Abus. Negl. 29(3): 269–284, 2005
- [45] Bulut S. Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(28): 139–156, 2016.
- [46] Soner S, Aykut S. Dissosiyatif kimlik bozukluğu temelinde sosyal bir sorun: ensest ve sosyal hizmet. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi 1(2): 130-141, 2017.
- [47] Erdoğan A. Pedofili: Klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar, 2(2): 132–160, 2010.
- [48] Bulut H. Pedophilic disorder and incest: a case report. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2016; 29(3): 281-285
- [49] Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW, Berlin FS. Journal of American Medical Association, 2002; 288: 2458-2465
- [50] Ünalın E. Televizyonda çocuk istismarı ve ihmali. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
- [51] Cirit C. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmaliine yönelik farkındalıkları. Mersin: Mersin Üniversitesi, 2015.
- [52] Akgiray A. Çocuk istismarı: 8-10 yaş çocuklarda istismarı önleme yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
- [53] Beyazıt U. Çocuk ihmalinin önlenmesine yönelik anne eğitim programının etkililiği. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2017.
- [54] Keskin G, Çam O, Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(2): 118-125. 2005

- [55] Kara Ö. Ankara ilinde görev yapan pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
- [56] Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006
- [57] Türker G. Aile Hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri : Burdur örneği. Yüksek Lisans Tezi. Konya, 2017.
- [58] Pakış İ, Demir F, Bektaş G, Altun U, Yıldırım S. Investigation of the awareness and knowledge about child abuse and negligence among doctors and nurses working in the east part of turkey. Rom. J. Leg. Med, 23(2): 151–156, 2015
- [59] Özen M, Ramadan H, Vural S, Coşkun F. Acil sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında genel bilgilerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 8(1): 16–22, 2017
- [60] 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 ihmali ve istismarı konusunda bilgi, deneyim ve davranışlarını belirleme araştırması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008
- [61] Gölge ZB, Hamzaoglu N, Turk B. Assesment of Medical Staff Awareness About Child Abuse and Neglect. J For Med 2012;26(2): 86-96, 2012.
- [62] Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. Journal of Advanced Nursing. 56(3): 227–236, 2006
- [63] Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse and Neglect. 2003; 27(10): 1161–1178.
- [64] Regnaut o, Jeu-Steenhouwer M, Manaouil C, Gignon M. Risk factors for child abuse: Levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. BMC Res. Notes, 8(1): 4–9, 2015
- [65] Yadav S, Goel SK. A prospective study to evaluate the knowledge about child abuse amongst family physicians. Pravara Medical Review. 10(2): 4–8, 2018.
- [66] Özyürek A, Çetin A, Yıldırım R. Aile hekimi ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki görüş ve tutumları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 7(1): 436–453, 2018.

8. EKLER

EK-1



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 31829978-050.01.04-E.1800023770
Konu : Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

02/04/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra Meltem KOÇ

İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmal Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde **etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına** kurumumuzun **21.03.2018 tarihli ve 137 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim

e-imza

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

Ek: Kararın İngilizce Hali 137

Belge Doğrulamak İçin: <http://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index> adresinden TU7AA3F kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana
Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE
e-posta : bulent.maral@ikc.edu.tr

Bilgi İçin İrtibat : Bulent Maral - Memur
Telefon : (0 232) 3293535
Belge geçer No : (0 232) 3860888
İnternet Adresi : www.ikc.edu.tr



1800023770 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Orhan Gökalp tarafından 02.04.2018 tarihinde güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ
27/07/2018 14:55 - 77597247 - 619 - E.190



Sayı : 77597247-619
Konu : Asistan Hekim Elif ÇETİN'in
Araştırma İzni Hk.

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzni Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ'un danışmanlığında Asistan Hekim Elif ÇETİN'in hazırlamış olduğu "İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmal Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın S.B.Ü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Birol DURUKAN
BAŞKAN

EKLER:

Araştırma İzni Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Rp.(1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ
Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3d4e6b47-ae3f-45d3-a7fa-d94b804a5a99 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ EĞİTİM
ARGE BİRİMİ
02/08/2018 12:56 - 77597247 - 772.02 - E.137



Sayı : 77597247-772.02
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistan doktorlarından Elif ÇETİN'in "İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bigilerinizi ve gereğini arz/gereğini ederim

e-imzalıdır.
Selahattin KESKİNDEMİRÇİ
Başkan V.

DAĞITIM:
S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak/İZMİR
Faks No:0232 4849087

e-Posta:filiz.gocmen@saglik.gov.tr İnt. Adresi: filiz.gocmen@saglik.gov.tr

Bilgi için:Filiz GÖÇMEN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0232 444 35 01- 1242

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6b904660-6b7f-4ff6-a000-2e469e6ae81e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3

Sosyodemografik Veri Anketi

1) Cinsiyetinizi belirtiniz.

- a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınızı

belirtiniz.....

3)Mezun olduğunuz tıp fakültesini belirtiniz.

.....

4)Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yılı

belirtiniz.....

5)Halen çalıştığınız kurumu belirtiniz:

a)Aile Sağlığı Merkezi

b)Toplum Sağlığı Merkezi

c)Devlet Hastanesi

d)Eğitim Araştırma

Hastanesi(belirtiniz).....

e)Üniversite

Hastanesi(belirtiniz).....

f)Özel Hastane

g)Özel Poliklinik

h)Diğer (belirtiniz)

.....

6)Halen çalıştığınız sağlık kuruluşunda ne kadar süredir

çalışıyorsunuz?..... yıl

7)Ünvanınızı belirtiniz.

a) Asistan hekim

d)Öğretim Görevlisi

g)Prof.Dr.

b)Uzm.Dr.

e)Yrd.Doç.Dr.

c)Başasistan

f)Doç.Dr.

8) Tıp fakültesinden mezun olmadan önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır (10.soruya geçiniz)

9) Mezuniyet öncesi dönemde çocuk istismarı ve ihmali konusunda kaç saatlik bir eğitim aldınız?(belirtiniz).....

10) Asistanlık eğitiminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır (12.soruya geçiniz)

11)Asistanlık döneminde çocuk istismarı ve ihmali konusunda kaç saatlik bir eğitim aldınız?

(belirtiniz).....

12)Meslek hayatınızda hiç çocuk istismar/ihmal vakası tespit ettiniz mi?

a) Evet

b) Hayır(16.soruya geçiniz)

13)Tespit ettiğiniz vaka ile ilgili hangi konularda zorluk yaşadınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Öykü-anamnez alma

b) Fizik muayene

c) Kayıt tutma

d)Gerekli kurumlarla iletişim kurma/yasal surec

e)Diğer(belirtiniz).....

.....

14) Tespit ettiğiniz çocuk istismar/ihmal vakası ile ilgili bildirim yaptınız mı?

a)Hayır (15.soruya geçiniz)

b) Evet; adli rapor tuttum.

c)Evet; polise haber verdim.

d)Evet; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirimde bulundum.

e)Evet; Savcılığa bildirim de bulundum.

f)Diğer;.....

.....

15) Tespit ettiğiniz vaka ile ilgili neden bildirim

yapmadınız?.....

.....

.....

16) Siz çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendinizi ne kadar yeterli

görüyorsunuz?

a) Çok yeterli

b) Yeterli

- c) Kısmen yeterli
- d) Yeterli değil
- e) Hiç yeterli değil

17) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyuyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır



EK- 4

Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi (ÇİİB-T)

1. Aşağıdakilerden hangisi fiziksel istismar ile ilgili olarak doğru değildir?

- a) çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen ve vücutta iz bırakan davranışlar fiziksel istismar olarak kabul edilir
- b) çocuğun kaza dışı her türlü yaralanması fiziksel istismardır
- c) çocuğa tokat atılması fiziksel istismardır
- d) çocuğun sıcak ütüye değmesi ve elinin yanması fiziksel istismardır
- e) çocuğu uyarmak için sopayla hafifçe vurmak fiziksel istismardır

2. Aşağıdakilerden hangisi çocuğa ait fiziksel istismarı artıran risk faktörlerinden değildir?

- a) istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelen çocuk
- b) fiziksel engelli çocuk
- c) normal doğum ağırlığından fazla doğmuş iri çocuk
- d) hiperaktif çocuk
- e) nörolojik engelli çocuk

3. Aşağıdaki durumlardan hangilerinde fiziksel istismardan şüphelenmeliyiz?

- 1. Annesinin ilacını içen 2,5 yaşında erkek çocuk
 - 2. Ayağı takılıp sırtüstü düştüğü söylenen fizik muayenede göğsünde morluklar saptanan çocuk
 - 3. Ateş nedeniyle hastaneye 4 saat sonra getirilen çocuk
 - 4. koşarken ayağı takılıp düşen alnında 1 santimlik kesi olan çocuk
 - 5. daha önce de acile 3 kez düşme ve yaralanma şikayetleri ile getirilen çocuk
- a) 1-2 b) 2-5 c) 3-4 d) 4-5 e) 3-5

4,5,6,7. soruları aşağıdaki öyküye göre cevaplayınız.

Kamil 4 yaşında, 4 çocuklu ailenin en küçüğü anne 24, baba 27 yaşında terminalde geç saatlere kadar çalışıyor, son 1 yıl içinde 3. kez düşme nedeniyle akşam acil

polikliniğe getiriliyor. Anne Kamil'in çok yaramaz olduğunu söz dinlemediğini sabah masaya çıktığını buradan düştüğünü söylüyor. Fizik muayenede sol gözde şişlik morarma sol kulakta kızarıklık morarma kulak içinde kanama görülüyor, sırtta sopa izine benzer ince uzun eski morluk var, elinin ağrıdığını söyleyen çocuğun röntgeni çekiliyor iyileşmeye başlamış eski kırık görülüyor. Acil doktoru tarafından fiziksel istismardan şüpheleniyor ve izleme alınıyor.

4. Bu çocukta tekrarlayan fiziksel istismar olduğunu düşündürebilecek bulgular aşağıda verilmiştir.

1. sol gözde kulaktaki morluk
2. sırttaki sopa izi
3. eldeki iyileşmeye başlamış kırık izi
4. yaramaz olması, söz dinlememesi
5. acile daha öncede travma şikayeti ile başvurması
6. anne babanın yaşının genç olması

Aşağıdakilerden hangisi tekrarlayan fiziksel istismarı düşündüren doğru seçenektir?

- a) 1-3-5 b) 2-4-6 c) 2-3-5 d) 4-5-6 e) 3-5-6

5. Aşağıdakilerden hangisi bu aileye ait fiziksel istismar risk etmeni değildir?

- a) çok çocuklu aile olması
- b) annenin çocuklarına söz dinletmemesi
- c) anne babanın genç olması
- d) yoksulluk
- e) babanın geç saatlere kadar çalışması

6. Aşağıdaki durumlardan hangisi acil doktorunu fiziksel istismardan şüphelendirebilecek doğru seçenektir?

1. annenin eğitimsiz olması
2. yüksekte düşme ile uyumsuz muayene bulguları
3. eski kırık görülmesi
4. ailenin yoksul olması
5. daha önce de acile benzer şikayetlerle getirilmesi
6. çocuğun özensiz, kirli kıyafetleri

a) 1-2-3 b) 2-3-4 c) 2-3-5 d) 3-4-6 e) 4-5-6

**7. Fiziksel istismara uğrayan Kamil, multidisipliner çalışan,
..... veden oluşan uzman bir ekip tarafından
işbirliği ve eşgüdüm içerisinde izlenmelidir.
aşağıda bazı meslek grupları verilmektedir.**

1. sağlık çalışanları
2. öğretmenler
3. hukukçular
4. sosyologlar
5. sosyal hizmetler

Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde boşluklara uygun meslek grupları verilmiştir?

a) 1-2-3 b) 1-3-4 c) 1-3-5 d) 1-4-5 e) 3-4-5

8. Aşağıdaki seçeneklerden, sarsılmış bebek sendromuna uymayan bulgu hangisidir?

- a) kafa içi kanama
- b) kaburga kırıkları
- c) göz dibi kanaması
- d) uykuya meyil veya huzursuzluk
- e) dalak büyüklüğü

9. Tıbbi ihmali düşündüren bazı durumlar aşağıda sıralanmıştır.

1. bebeğin aşılarını yaptırmaya gidilmemesi
2. sağlamken izlenmemesi
3. gözlük ihtiyacı olmasına rağmen alınmaması
4. hafif ateş ve burun akıntısı var aynı gün doktora gidilmemesi
5. vitamin ilacının 1-2 gün sonra alınması

Aşağıdaki şıklardan hangisi tıbbi ihmal düşündüren durumları doğru olarak göstermektedir?

- a) 1-3 b) 1-2-3 c) 1-4 d) 3-4-5 e) 4-5

10. Aşağıdakilerden hangisi fiziksel ihmal değildir?

- a) yeterli ve uygun beslenmeme
- b) evde sevmediği yemeklerin pişirilmesi
- c) uygun yatma, barınma koşullarının sağlanmaması
- d) kazalara karşı önlem alınmaması
- e) uygun ve temiz giydirilmeme

11,12,13. Soruları aşağıdaki anlatılan öyküye göre cevaplandırınız.

Ali yaklaşık 3 yaşında (annesi doğum tarihini tam olarak bilemedi), 5 çocuklu ailenin 4. çocuğu, baba inşaat işçisi, 2 odalı evde yaşıyorlar. Çocuk polikliniğine aşı için getirilen 6 aylık kardeşinin yanında doktor tarafından gelişiminin yaşitlarından geri olduğu fark ediliyor, üzeri pis, bakımsız, utangaç, konuşmuyor. Vücudunda 2 tane küçük, sobaya değdiği için olduğu söylenen eski yanık izi var.

11. Ali'nin ihmale uğradığını gösteren bulgular aşağıdakilerden hangileridir?

1. dört kardeşinin olması
2. gelişiminin yaşitlarından geri olması
3. giysilerinin pis ve bakımsız olması

4. altı aylık kardeşinin doktora getirilip Ali'nin getirilmemesi
5. sık kazaya uğraması (yanıkları)
6. utangaç olması

a) 1-2-3 b) 2-3-4 c) 2-3-5 d) 3-5-6 e) 4-5-6

12. Aşağıdakilerden Hangisi Ali'nin ihmaline yol açan risk etmenlerinden değildir?

- a) yoksulluk
- b) kalabalık aile
- c) annenin eğitimsizliği
- d) Ali'nin utangaçlığı, az konuşması
- e) evlerinin fiziki şartlarının uygun olmaması

13. Ali ve ailesinin ihmalden korunmaları için hangi yaklaşım uygun değildir?

- a) sosyal hizmetlere bildirip ayni-nakdi yardım bağlanması
- b) aile hekimliği tarafından ev ziyareti programına alınması
- c) çocukların sosyal hizmetler tarafından aileden uzaklaştırılması
- d) babaya sürekli bir iş bulunması konusunda yardım edilmesi
- e) anneye danışmanlık verilip, gebelikten koruyucu yöntem uygulanması

14. Anne bebek bağlanması ile ilgili aşağıdakilerden hangileri doğrudur?

1. bebek doğduğu zaman anne ile sağlıklı bir bağ kurmak zorundadır
2. annenin bebeğin temel gereksinimlerini karşılaması kimlik gelişiminde önemlidir
3. anne bebek bağlanması, hayatın ilerleyen dönemlerinde çok da önemli değildir
4. anne bebek bağlanması, kişinin sonraki tüm insan ilişkilerine genellenecektir
5. annenin depresyonda olması bağlanmada bebeği kötü yönde etkilemez

a) 1-2-3 b) 1-4-5 c) 1-2-4 d) 2-3-5 e) 3-4-5

15. Bir aylık bebekken annesini kaybetmiş, anne bebek bağlanması olmayan kişinin erişkin hayatında sıklıkla neler görülebilir, aşağıdaki şıklardan hangisi doğrudur?

1. özgüven eksikliği olabilir
2. arkadaşlık ilişkileri bozuktur
3. ilişkilerinde güven sorunu vardır
4. hayattan beklentisi yüksektir
5. işyerinde sorun çıkarmazlar

a) 1-2-3 b) 1-4-5 c) 1-2-4 d) 2-4-5 e) 3-4-5

16. Çocuk gelişiminde özdeşim kurmada anne baba niçin önemlidir aşağıda verilen seçeneklerden hangisi doğrudur?

1. kimlik gelişimi için
2. cinsel kimlik oluşturmak için
3. kızlar anneleri gibi davranarak, erkekler babaları gibi davranarak kız, erkek olmayı öğrenirler
4. nörolojik gelişimi için
5. meslek seçimi için

a) 1 b) 1-2-3 c) 1-2-4 d) 4-5 e) 5

17. Aşağıdakilerden hangisi ‘sınırlar büyümenin fark edilmesini sağlar’ a bir örnektir?

- a) büyüdün artık okula gideceksin
- b) büyüdün bak, pantolonun küçülmüş
- c) sen büyüdün artık 20:00 yerine 21:00 da yatabilirsin
- d) sınıftakilerin en büyüğün
- e) büyüdün artık renkleri bilebilmelisin

18. Aşağıdakilerden hangisi cinsel istismar olarak kabul edilmemelidir?

- a) bir çocukla, bir yetişkinin açık saçık telefon konuşmaları
- b) bir yetişkinin, bir çocuğu kandırarak veya zorla cinsel bölgelerine dokunması
- c) 5 ve 7 yaşındaki iki çocuğun oyun oynarken giysilerini çıkarmaları
- d) çocuğa T.V.'de porno film seyrettirilmesi
- e) yetişkin birinin çocuğa teşhircilik yapması

19. Aşağıdakilerden hangileri cinsel istismarın risk faktörlerindendir?

- 1. ebeveynin alkol madde bağımlılığı
- 2. yalnız yaşayan ebeveyn olmak
- 3. çocuk bakımevinde yetişen anne babalar
- 4. sosyoekonomik düzeyi çok düşük veya çok yüksek aileler
- 5. ebeveynin çocukluğunda cinsel istismar yaşamış olması

- a) 1-3 b) 1-2-4 c) 1-2-5 d) 3-4-5 e) 5

20 ve 21. soruları aşağıdaki öyküye göre cevaplayınız.

Ayşe 5 yaşında sessiz, sakın, arkadaşları ile uyumlu bir çocuk. Anne babası ile 2 odalı bir evde yaşıyorlar, baba 6 aydır başka şehirde çalışıyor, son 3 aydır dayısı misafir olarak yanlarında kalmaya başlıyor. Çok fazla kimseyle görüşmüyorlar. Ayşe son günlerde çok sinirli her şeyi vuruyor, kırıyor geceleri altını ıslatmaya başlamış, son zamanlarda cinsel bölgesine ilgisi artmış cinsel ilişki içerikli oyunlar oynuyor. Bu şikayetlerle çocuk psikiyatristine gidiyorlar ve birkaç görüşmeden sonra dayısı tarafından cinsel istismara uğradığı saptanıyor.

20. Ayşe'nin cinsel istismara uğradığını düşündürecek ipuçları aşağıda verilenlerden hangileri olabilir?

- 1. tuvalet eğitimini kazanmışken tekrar altını ıslatmaya başlaması
- 2. eve misafir gelmesi
- 3. yaşına uygun olmayan cinsel bilgisinin olması
- 4. iki odalı küçük bir evde yaşıyor olmaları

5. çocuk sayısının az olması

- a) 1-3 b) 1-2 c) 2-3-4 d) 2-4-5 e) 5

21. Bu ailede cinsel istismarı artıran risk etmenleri aşağıdakilerden hangileridir?

1. yalnız yaşayan ebeveyn
2. dayının eğitim düzeyi
3. sosyal destek sistemlerinden yoksun aile olması
4. dayının yalnız yaşaması
5. babanın başka şehirde çalışması

- a) 1-2 b) 1-2-3 c) 2-4 d) 1-3-5 e) 5

22. Cinsel istismara uğrayan çocuk büyüdüğünde, erişkin dönemde aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) alkolizm, ilaç bağımlılığı 12 kat artar
- b) ciddi obezite, diabetes mellitus görülme sıklığı artar
- c) sigara bağımlılığı artar
- d) erken yaşta ölümler artar
- e) cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel partner sayısı azalır

23. Birleşmiş Milletler “Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” ninin hangi maddesi çocuğun her türlü ihmal, istismar ve sömürüye karşı gerekirse anne babası, vasisi, koruyan gözetleyen kişilere karşı korunması için düzenlenmiştir?

- a) 1. madde
- b) 2. madde
- c) 3. madde
- d) 9. madde
- e) 19. madde

24. Hukukta fiziksel istismar hangi suç kapsamında değerlendirilir, aşağıda verilen şıklardan hangisi doğrudur?

- a) kötü muamele
- b) eziyet
- c) yaralama
- d) intihara yönlendirme
- e) müstehcenlik

25. İntihara yönlendirme suçu ülkemizde en yaygın biçimde, aşağıda verilen durumlardan hangisinde yapılmaktadır?

- a) okul başarısızlıkları durumunda
- b) aile içi fiziksel istismarlarda
- c) miras kavgalarında (akrabalar arası)
- d) namus ve töre adı altında özellikle kız çocuklarının kendilerini öldürmeye zorlanmaları
- e) aile içi kardeş kavgalarında

26. Aşağıdaki kız-erkek yaş grupları arasındaki hangileri, kendi rızasıyla cinsel birliktelik olsa da suç kapsamına giren cinsel istismardır?

- 1. 16-17 yaş
- 2. 17-17 yaş
- 3. 14-16 yaş
- 4. 14-14 yaş
- 5. 18-19 yaş

- a) 1-2 b) 2-3 c) 2-4 d) 3-4 e) 4-5

27. Türk ceza kanununun 31. Maddesine göre cezai sorumluluk kaç yaşında başlar?

- a) 12 yaş b) 14 yaş c) 15 yaş d) 17 yaş e) 18 yaş

28. Özerklik dönemi (anal dönem) ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) tuvalet eğitimi dönemi olarak da tanımlanır
- b) 1-3 yaş arası dönemdir
- c) sfinkter denetiminin gelişmesi ile başlar bu dönemde yürüme ve konuşmayı da öğrenir
- d) tam bağımlılıktan meraka, özgürlüğe, araştırmacılığa geçen önemli bir dönemdir
- e) bu dönemde ebeveynleri ile çok uyumludur, yaşlıları ile oynamayı sever

29. Bebeklik döneminde ihmal ve istismara uğramış, annesi yeterli ilgi göstermemiş bebeklerde aşağıdaki bulgulardan bazıları görülmektedir.

- 1. reflü'ye bağlı kusmalar
- 2. engellenmişlik duygusu
- 3. sıkıntı
- 4. kolik
- 5. huzursuzluk
- 6. kendini rahatlatabilme

Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde, görülen doğru bulgular verilmiştir?

- a) 1-2-4 b) 1-4-5 c) 2-3-5 d) 3-4-6 e) 5-6

30. Aşağıda sıralanan davranışlardan hangisi, oyun döneminde yapılan ihmal ve istismar değildir?

- a) oyun oynamasına izin vermeme
- b) oyuncak almama
- c) arkadaşları ile birlikte olmasına izin vermeme
- d) televizyon saatini kısıtlama
- e) merak sorularına yanıt vermeme

31. İlkokul dönemi (latans dönem); 6-12 yaş arası dönemdir, bu dönemde fiziksel, duygusal ihmal ve istismara uğramış çocuklarda, aşağıda sıralanan maddelerden bazıları görülmektedir.

1. bilişsel yetilerde gerileme
2. yetkin olma duygusu görülür, özgüvenlidir
3. okul başarısızlığı
4. hobi edinebilme
5. Aşağılık duygusu
6. akran ilişkilerinde başarı, işbirliği

Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde doğru maddeler yer almaktadır?

- a) 1-2-5 b) 1-3-5 c) 2-4 d) 2-4-5 e) 5-6

32. Aşağıda adolesanın gelişim basamakları sıralanmıştır.

1. psikososyal gelişim
2. edebi gelişim
3. fiziksel gelişim
4. cinsel gelişim
5. matematiksel gelişim

Buna göre aşağıdaki seçeneklerden hangisinde doğru maddeler yer almaktadır?

- a) 1-2-5 b) 1-3-4 c) 2-4 d) 2-5 e) 3-4-5

33. Kerem 12 yaşında erken ergenlik dönemindedir, aşağıdaki davranışlardan hangisi bu döneme uymaz?

- a) aynı cinsiyetten arkadaşlarıyla daha çok gezer ve onlara zaman ayırır
- b) daha çok aynaya bakmaya başlamıştır, giyimine özen gösterir
- c) zaman kavramını fark eder, gelecek kaygısı başlar
- d) anne babasıyla daha çok zaman geçirmeye başlamıştır
- e) daha bağımsız olma isteği artmıştır

34. Onaltı yaşındaki Çetin, arkadaşları ile iddiaya girerek donmuş dereye yürüyüp karşıya geçebileceğini iddia etmiş ve boğulma tehlikesi atlatmıştır. Aşağıdaki davranışlarda hangisi, Çetin'in bu yaş grubu özelliği ile ilgilidir?

- a) bireyselleşmenin bir özelliği olarak
- b) karşı cinse ilgi duymada artma ile ilgili
- c) anne babaya tepki olarak
- d) entelektüel kapasitede artmayla ilgili olarak
- e) Riskleri az görmeleri ve kendilerini her şeyi yapabilir olarak algılamalarından

35. Aşağıdakilerden hangisi geç ergenlik döneminde kimlik kargaşası yaşandığını gösterir?

- a) mesleki planlar yapması
- b) mesleki rol gelişiminin, içinde yer aldığı toplumdaki etkilenmesi
- c) kendi cinsiyetiyle ilgili tamlik, yeterlilik duygusu gelişmemesi
- d) ahlaki gelişimde, gelişme devam etmektedir
- e) arkadaş çevresi içinde rolünü, yerini değerini tanıması

36. Aşağıdakilerden hangisi adolesanla iletişimde kapalı uçlu soruya doğru örnektir?

- a) size nasıl yardımcı olabilirim?
- b) benimle neler konuşmak istersin?
- c) evde babanızla probleminiz var mı?
- d) bana ev hayatından bahseder misin?
- e) ergenlik hakkında bilmek istedikleriniz?

37. Aşağıdakilerden hangisi olumsuz iletişime örnektir?

- 1. gülümseme
- 2. göz teması sürdürme
- 3. saatine bakmak

4. esneme ya da etrafındaki nesnelere bakma
5. açık beden dili
6. surat asmak

a) 1-2-3 b) 1-2-5 c) 2-3-4 d) 3-4-6 e) 5-6

38. Onbeş yaşında olan Ayşe, okulda yaşadığı sorunlar, arkadaş çatışmaları nedeniyle danışmanlık almak üzere adolesan polikliniğine getiriliyor, poliklinikte Ayşe susuyor ve yardım almayı reddediyor. Sağlık personelinin Ayşe'ye davranışı aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- a) yardım istemediği için bir daha gelmemesi söylenir
- b) başka bir danışmana yönlendirilir
- c) ailesi tarafından konuşmaya zorlanması istenir
- d) istediği zaman gelebileceği garantisi verilir
- e) arkadaşlarıyla birlikte gelmesi istenir

39. Çocuğun hak temelli yaklaşımla gereksinimlerinin belirlenmesi hangi sosyal hizmet yaklaşımı kapsamındadır?

- a) mikro
- b) makro
- c) mezzo
- d) genelci yaklaşım
- e) analitik yaklaşım

40. Aşağıdakilerden hangisi makro yaklaşıma örnektir?

- a) Güvenli ortam/korunma, sağlık, psikiyatrik tedavi, psikolojik destek, sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi
- b) Gereksinimlerin önceliğinin belirlenmesi ve ilgili birimlere yönlendirme
- c) Danışmanlık
- d) Farkındalık yaratmak
- e) Denetleme

41. Cinsel istismarda adli tıbbi muayene ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Çoğu olguda cinsel istismarı kanıtlayacak fiziksel bulgular yoktur
- b) Olaydan sonraki 72 saat içinde gelen olgularda muayene hemen yapılmalıdır
- c) acil travma öyküsü olanlarda muayene bekletilmemelidir
- d) muayene için adli vakalarda çocuk ve aileden onam almak gerekli değildir
- e) genital muayene çocuk dostu muayene ortamında yapılmalıdır

42. Çocuğun cinsel istismar şüphesi fiziksel, laboratuvar, anamnez bulguları doğrultusunda ile tespit edilir. Boşluğa aşağıdakilerden hangisi gelmelidir?

- a) Stewens sınıflandırması
- b) Johnson sınıflandırması
- c) Adams sınıflandırması
- d) Sydenham sınıflandırması
- e) Sabin sınıflandırması

43. Aşağıda çocuğa ait bazı ihmal ve istismar risk etmenleri verilmiştir.

1. zor mizaçlı çocuklar
2. kilolu çocuklar
3. fiziksel engelli çocuklar
4. kronik hastalığı olan çocuk
5. iştahlı çocuk
6. bilişsel engelli çocuk

Verilenlerden çocuğa ait, ihmal ve istismar risk etmeni olmayanlar aşağıdakilerden hangileridir?

- a) 1-3
- b) 1-3-6
- c) 2-3-5
- d) 2-5
- e) 4-5-6

44. Psikososyal yaklaşıma göre çocuk ihmal ve istismarında risk etmenlerinde aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) çocuğun kendisi
- b) yaşanılan çevre
- c) kültür
- d) aile
- e) yaşadığı ülke

45, 46. soruları aşağıda anlatılan öyküye göre cevaplayınız.

Anne 30 yaşında ilkokul mezunu ev hanımı, depresyon tedavisi görüyor. Eşi aynı zamanda amcasının oğlu, 35 yaşında inşaat işçisi, çok alkol alıyor, pek anlaşıyorlar, İstanbul'a 3 yıl önce Erzurum'dan gelmişler kimseyi tanımıyorlar, 4 çocukları var, en büyüğü Fatma 13 yaşında, babası Fatma'yı sık sık dövüyor, kızıyor kardeşlerine bakmadığı için, okumasını da istemiyor, zaten dersleri de zayıf.

45. Aşağıda çocuğa ait, ihmal ve istismar risk etmenleri verilmiştir.

- 1. çok çocuklu olmaları
- 2. kız çocuk olması
- 3. kimseyle görüşmemeleri
- 4. ailenin büyük çocuğu olması
- 5. okula gitmesi
- 6. başka şehirden göç etmeleri

Aşağıdakilerden hangileri öyküde çocuğa ait doğru risk etmenlerdir?

- a) 1-3
- b) 2-3
- c) 2-4
- d) 3-4-5
- e) 4-5-6

46. Aşağıda anne-babaya ait Çocuk ihmali ve istismarı risk etmenleri verilmiştir.

- 1. babanın alkol kullanması
- 2. eğitimsiz olmaları
- 3. annenin depresyonda olması
- 4. sosyal olmamaları

- 5. akraba evliliği olması
- 6. aile sırlarının olması

Aşağıdakilerden hangileri, öyküdeki anne babaya ait doğru risk etmenleridir?

- a) 1-2-3
- b) 2-4-5
- c) 3-5
- d) 3-6
- e) 4-5-6

47. İhmal ve istismarda sosyal dezavantajlı çocuğa hangisi uymaz?

- a) tutuklu ve hükümlü çocuklar
- b) sokaktaki çocuklar
- c) köyde yetişen çocuklar
- d) sığınmacı ve mülteci çocuklar
- e) yoksulluk işsizlikten etkilenen çocuklar

48. Çocuğun aile dışı alternatif bakım alması gerekirse aşağıdakilerden hangisi uygun olmaz?

- a) sevgi evleri
- b) çocuk yuvaları
- c) koruyucu aileler
- d) islahevi
- e) akraba ve yakın çevre koruyucu aile modeli

49. Aşağıdakilerden hangisi, duygusal istismar türlerinin sınıflandırılmasına uymaz?

- a) Aşağılama
- b) korkutma
- c) reddetme
- d) sınır koyma
- e) yozlaştırma

50. Duygusal istismar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) duygusal istismar en sık görülen istismar türüdür
- b) tek başına bulunabildiği gibi, diğer ihmal istismar türlerine eşlik eder
- c) çocukluk dönemi ruhsal gelişim bozukluklarının etkenlerindendir
- d) çocuklukta yaşanan duygusal istismar, erişkin dönemini etkilemez
- e) aile içi şiddete tanık olma duygusal istismardır



