

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KOÜ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ 6. SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUĞUN FİZİKSEL İSTİSMARI KONUSUNDAKİ BİLGİ
VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. NUR ALPAGUT DELİKAYA

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2023

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



**KOÜ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ 6. SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUĞUN FİZİKSEL İSTİSMARI KONUSUNDAKİ BİLGİ
VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. NUR ALPAGUT DELİKAYA

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BAŞAR ÇOLAK

ETİK KURUL ONAY TARİHİ: 09.02.2023

KARAR NO: KÜ GOKAEK-2023/03.05

PROJE NO: 2023/29

2023

I. İÇİNDEKİLER



I.	İÇİNDEKİLER.....	3
II.	TABLO DİZİNİ	6
III.	GRAFİK DİZİNİ.....	9
IV.	TEŞEKKÜR.....	10
V.	KISALTMALAR DİZELGESİ	11
1.	GİRİŞ VE AMAÇ	12
2.	GENEL BİLGİLER.....	14
2.1.	Çocuk Kavramı	14
2.2.	Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımları ve Çeşitleri.....	14
2.3.	Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihçesi	16
2.4.	Tarihsel Süreçte Çocuk Hakları.....	17
2.4.1.	Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi	18
2.4.2.	Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi.....	18
2.4.3.	Çocuk Hakları Sözleşmesi	19
2.5.	Çocuğun Gelişim Basamakları ve İstismar	20
2.6.	Çocuğun Fiziksel İstismarı	22
2.6.1.	Epidemiyoloji.....	24
2.6.2.	Fiziksel İstismarda Risk Faktörleri	27
2.6.3.	Fiziksel İstismardan Şüphe Edilmesi Gereken Durumlar	29
2.6.4.	Fiziksel İstismarda Yaklaşım ve İzlenmesi Gereken Yol	30
2.6.5.	Fiziksel İstismarda Gözlem ve Öykü Alma	31
2.6.6.	Aydınlatılmış Onam Alınması	33
2.6.7.	Fiziksel İstismarda Acil Tıbbi Tedavi	34
2.6.8.	Fizik Muayene	35
2.6.9.	Fiziksel Bulgular.....	36
2.6.10.	Ruhsal Muayene	45
2.6.11.	Sarsılmış Bebek Sendromu(Shaken Baby Syndrome).....	47
2.6.12.	Munchausen By Proxy Sendromu (MBPS)	48
2.6.13.	Fiziksel İstismarda Laboratuvar İncelemeleri ve Tetkikler	49
2.6.14.	Ayırıcı Tanı.....	49
2.6.15.	Fiziksel İstismarda Tanı.....	50
2.7.	Çocuk İstismarının Atlanma Nedenleri	51
2.8.	Adli Bildirim	52
2.9.	Sosyal İnceleme Raporları ve Öğretmen Geri Bildirimleri	53

2.10. Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararları	53
2.11. Çocuk İstismarının Önlenmesi	56
2.12. Fiziksel İstismarın Hukuksal Boyutu	58
2.12.1. Türk Ceza Kanunu	58
2.12.2. Çocuk Koruma Kanunu	61
2.12.3. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun	62
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	63
3.1. Araştırmanın Amacı	63
3.2. Araştırmanın Tipi	63
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	63
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	63
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	64
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	64
3.7. Araştırmaya Katılım Oranı	64
3.8. Araştırmanın Hipotezi	64
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	65
3.10. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	65
3.11. Faktör Analizi.....	67
3.12. Verilerin Toplanması.....	72
3.13. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler	72
3.14. Pilot Çalışma	72
3.15. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	75
4. BULGULAR	76
5. TARTIŞMA.....	110
6. SONUÇ.....	132
7. ÖZET	136
8. ABSTRACT	138
9. EKLER	141
10. KAYNAKÇA	151

II. TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1. Fiziksel İstismarı Düşündürmesi Gereken Kırıklar.....	42
Tablo 2.2. İskelet Taramasında Çekilmesi Gereken Grafler.....	43
Tablo 3.1. Faktör Analizi Sonucu.....	67
Tablo 3.2. Faktör Analizi ile Alt Boyutlara ait Gruplar.....	71
Tablo 3.3. Ankete Yönelik Geribildirimler.....	73
Tablo 4.1. İtern Hekimlerin Cinsiyet ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	76
Tablo 4.2. İtern Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Yaş Ortalamaları.....	77
Tablo 4.3. İtern Hekimlerin Fiziksel İstismar Konusundaki Eğitim Alma Kaynakları.....	78
Tablo 4.4. Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterlilik Durumu Hakkındaki Düşünceler.....	79
Tablo 4.5. Mezuniyet Sonrasında Tekrar Eğitim Almak İsteme Konusundaki Düşünceler.....	80
Tablo 4.6. Meslek Hayatında Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk ile Karşılaşılma Olasılığı Hakkındaki Düşünceler.....	81
Tablo 4.7. Fiziksel İstismar Şüphesinde Adli Bildirim Yapmayı Düşünme Durumu.....	82
Tablo 4.8. İtern Hekimlerin Adli Bildirimin Nasıl Yapılacağı Konusundaki Bilgi Düzeyleri Konusundaki Görüşleri.....	83
Tablo 4.9. Adli Bildirim Yapma Konusunda Çekincelerinin Olup Olmaması Durumu.....	83
Tablo 4.10. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk ile Karşılaşma Durumları.....	86
Tablo 4.11. Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği ve Mezuniyet Sonrasında Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Tekrar Eğitim Almak Konusundaki Düşüncelerinin Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı.....	87
Tablo 4.12. Fiziksel İstismara Uğramış Olma İhtimali Olan Bir Çocuk Hasta ile Karşılaşıldığında Yapılması Gerekenleri Bilme Durumunun Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı.....	88
Tablo 4.13. Adli Bildirim Yapma ve Adli Bildirim Yapma Konusundaki Bilgi Düzeyi Konusundaki Düşüncelerin Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşmış Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	90
Tablo 4.14. İtern Hekimlerin Cinsiyetleri ve Yaş Gruplarına göre Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı.....	91

Tablo 4.15. Mezuniyet Sonrasında Tekrar Eğitim Almak İsteme Düşüncelerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	92
Tablo 4.16. Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk ile Karşılaşıldığında Yapılması Gerekenler Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	93
Tablo 4.17. Meslek Hayatında Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk Hasta ile Karşı Karşıya Kalma Konusundaki Düşüncenin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	94
Tablo 4.18. Adli Bildirim Yapma Düşüncesinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	95
Tablo 4.19. Adli Bildirim Yapma Konusunda Çekincelerinin Varlığının ve bu Çekincelerin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	97
Tablo 4.20. Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Çocuğun Fiziksel İstismarından Şüphelendiği Durumlarda Adli Bildirim Yapma Düşüncelerinin Dağılımı.....	98
Tablo 4.21. Mezuniyet Sonrasında Tekrar Eğitim Alma İsteklerinin, Çocuğun Fiziksel İstismarından Şüphelendiği Durumlarda Adli Bildirim Yapma Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	99
Tablo 4.22. Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaştıklarında Yapılması Gerekenler Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Meslek Hayatlarında Fiziksel İstismara Uğramış Olma İhtimali Olan Bir Çocuk ile Karşı Karşıya Kalmak Konusundaki Düşüncelerinin Adli Bildirim Yapma Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	101
Tablo 4.23. Adli Bildirim Yapmak Konusunda Çekincelerin ve Adli Bildirimin Nasıl Yapıldığı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Adli Bildirim Yapma Konusundaki Düşüncelere Göre Dağılımı.....	103
Tablo 4.24. İntern Hekimlerin Alt Boyut Gruplarına Göre Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı.....	104
Tablo 4.25. İntern Hekimlerin En yüksek Puan Aldığı 5 Soru.....	105

Tablo 4.26. İtern Hekimlerin En Düşük Puan Aldığı 5 Soru.....	105
Tablo 4.27. İtern Hekimlerin Özelliklerinin Alt Boyutlardan Aldıkları Puan Durumuna Göre Dağılımı.....	108



III. GRAFİK DİZİNİ

Grafik 4.1. İntern Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	77
Grafik 4.2. Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Eğitim Veren Uzmanlık Alanları.....	79
Grafik 4.3. Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk ile Karşılaşıldığında Yapılması Gerekenler Konusunda Kendini Yeterli Hissetme Durumu.....	81
Grafik 4.4. Adli Bildirim Yapma Konusundaki Çekinceler.....	84
Grafik 4.5.Fiziksel İstismara UğramışBir Çocuk ile Karşılaşma Durumları.....	85

III. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ve tez sürecimin her aşamasında beni destekleyen, bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan ve ufkumu açan, kendisi ile çalışmaktan onur duyduğum danışman hocam Prof. Dr. Başar Çolak’a,

Engin tecrübe ve bilgileriyle yol gösteren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Rıza Yılmaz’a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle kendisinden çok şey öğrendiğim, değerli fikirleriyle daima bakış açımı genişleten değerli hocam Doç. Dr. Ömer Kurtaş’a,

Hayatım boyunca daima varlığını hissettiğim, beni ben yapan ve bugüne getiren, sevgileriyle kalbimi ısıtan, bu dünyadaki şanslarım canım annem, babam ve ablama,

Beraber yürürken yolumu güzelleştiren, beni güzel günlere inandıran, sevgisini ve desteğini derinden hissettiğim canım eşime,

Dünyaya geldiklerinden beri eksiklerimin tamamlandığını hissettiğim, varlıklarına her gün şükrettiğim Atlas ve Tuna’ya,

Seçilmiş ailem olup hayatımın her anına kilometrelerce uzaktan eşlik eden bitanecik arkadaşım Sena’ya,

Ev arkadaşım gibi gözükep can arkadaşım olan, nereye gitse peşinden gittiğim canım arkadaşım Çavgın’a,

Beraber başlayıp beraber bitirdiğimiz, var bir hayalimiz deyip beraber çalışmayı dilediğim canım Merve’ye,

Kocaeli’ye geldiğim günden beri her zor anımda yanımda olan, dostluğuna derinden inandığım canım arkadaşım Asuman’a,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım ve güzel anılar biriktirdiğim sevgili çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Nur ALPAGUT DELİKAYA

2023

V.KISALTMALAR DİZELGESİ

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

CİİODER: Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği

ÇİKORED: Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NCANDS: Ulusal Çocuk İstismarı Ve İhmali Veri Sistemi

NIS-4: National Incidence Study

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

TMK: Türk Medeni Kanunu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SBS: Sarsılmış Bebek Sendromu

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

MBPS: Munchausen by Proxy Sendromu

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

HSP: Henoch Schoenlein Purpurası

ICD: International Classification of Diseases

AÇSAP Merkezleri: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi

TürkMSIC: Türk Tıp Öğrencileri Birliği:

KOÜTBAT: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Topluluğu

ÖSYM: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ve çocukluk kavramları herkes tarafından rahatça anlaşılan, basit, ne olduğu bilinen ve herkesin özelliklerine dair fikir sahibi olduğunu düşündüğü tanımlar olsa da aynı zaman diliminde farklı coğrafyalarda birbirinden oldukça farklı çocukluk anlayışları mevcuttur. ⁽¹⁾ Çocukluk kavramının tarih içinde toplumun inançlarına, ekonomilerine ve kültürlerine göre değişen bir kavram olarak yer aldığı bilinmektedir. ⁽²⁾ Çocuk Hakları Sözleşmesi 1. Maddesi'ne göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır. ⁽³⁾ Türk Ceza Kanunu(TCK) 6. Maddesi'nde ise çocuk henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanmaktadır. ⁽⁴⁾ Toplumların geleceklerini sağlam temellere oturtabilmelerinin toplumun sosyal yapısını oluşturacak olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve eğitilmelerinin sayesinde gerçekleşeceği herkes tarafından kabul gören bir gerçektir. ⁽⁵⁾

Dünya Sağlık Örgütü çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışları çocuk istismarı olarak değerlendirmektedir. ⁽⁶⁾ Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bu tanım çocuğun istismar ya da şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine almaktadır. Bu davranışın çocuk tarafından algılanması ya da yetişkinlerce bilinçli olarak yapılması da şart değildir. ⁽¹⁾ Çocuk istismarı çocuğa genellikle en yakını olan kişiler tarafından yapılıyor oluşu, istismarın tekrarlanması ve çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını etkileyecek uzun vadeli etkilerinin olması nedeni ile tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma türüdür. ⁽⁷⁾ Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 temel grupta incelenmektedir. Ayrıca son dönemde bu gruplara ek olarak ekonomik istismar ve grooming de tanımlanmaktadır. Fiziksel istismar ise en geniş tanımı ile "Çocuğun kaza dışı yaralanması" şeklinde tanımlanır. ⁽⁸⁾

Çocuğun fiziksel istismarından şüphe edilmesi ve istismarın tanınması zor olsa da çocuk açısından gelecek yaşamının şekillendirilmesinde ve karakterinin gelişiminde ne kadar etkili olacağı göz önüne alındığında istismarın akla getirilmesinin önemi aşikardır.

Bu nedenle sağlık çalışanları ocuk istismarının tanımlanmasında, tedavi edilmesinde ve önlenmesinde çok önemli bir role sahiptir. Bu açıdan özellikle hekimlerin ocuk istismarının risk faktörleri, belirtileri ve muayene bulguları konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir. Bu sayede ocuk istismarının tanınabilmesi, adli makamlara bildiriminin yapılabilmesi ve çocuğun bir sonraki istismardan korunabilmesi sağlanacaktır.

Çalışmamızda intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarının belirti ve risklerini tanıma durumu, bu konudaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının belirlenmesi, istismar şüphesi, tanı konması ve sonrasındaki adli bildirim sürecine yaklaşımları, bakım ve tedbir kararları konusunda çekincelerinin belirlenmesi, uygulanan eğitim programının gözden geçirilmesi, bu konuda ihtiyaç duyulabilecek eğitim programlarının düzenlenmesine katkıda bulunmak ve daha önce yapılan araştırmalarla karşılaştırılarak hekimlerin bilgi ve yaklaşımlarındaki değişikliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Kavramı

Çocuk kavramı tarihsel süreçte toplumların yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.⁽⁹⁾ Çocukluk çağı dönemi, farklı tarihsel dönemlerde, farklı sosyoekonomik ve kültürel sınıflarda toplum içinde değişik şekillerde tanımlanmıştır. Genel kabule göre çocuk, doğumdan 18 yaşına kadarki süreçte olan bireyler olarak tanımlanmıştır. Psikolojide ve tıp disiplinde çocukluğun sınırlarını tam olarak çizmek mümkün olmasa da, erişkinliğin başlaması ile birlikte sona erdiği ve gençlik döneminin başladığı kabul edilmektedir.⁽¹⁰⁾ Türk Dil Kurumu'na(TDK) göre ise çocuk küçük yaştaki kız ya da erkek olarak tanımlanmıştır.⁽¹¹⁾

Türkiye’de yürürlükte olan yasalar ve sözleşmelere bakılacak olursa; 1989 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi 1. Maddesi uyarınca; “Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.”⁽¹²⁾ 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu Madde 6-(1)b’ye göre ise; “Çocuk deyiminden henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi anlaşılmaktadır.”⁽¹³⁾ 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu Madde 3-(1)a’ya göre; “Daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişiyi ifade etmektedir.”⁽¹⁴⁾ Bu iki Kanun birlikte değerlendirilecek olursa 18 yaşını doldurmamış olan her insan çocuk sayılmıştır ve 18 yaşından önce ergin olsa bile çocuk sayılmaya devam edecektir. Türk Medeni Kanunu Madde 28 uyarınca; “Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder.”⁽¹⁵⁾

2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımları ve Çeşitleri

Çocuk istismarı on sekiz yaşından küçük çocuğun annesi, babası, bakıcısı, beraber yaşadığı ya da birlikte çalıştığı bir yakını, tanıdığı ya da etrafında bulunan erişkin birisi tarafından kötü muamele görmesi; bu kişinin giriştiği ya da yerine getirmedeği bir davranış sonucu çocuğun fiziksel, mental, duygusal sağlığı ve büyüme gelişmesinin gerilemesi ya

da zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır.^(16,17) Başka bir tanımlamayla ise; 0-18 yaşlarındaki çocukların bakmakla yükümlü olan kişi ve/veya kurumlarca, profesyonellerin uygunsuz ya da zarar verici olarak tanımladığı ve çocuğun biyopsikososyal gelişimini kötü yönde etkileyen kaza dışı ve önlenabilir eylem ya da eylemsizliklerin tümü olarak da tanımlanmaktadır. ⁽¹⁸⁾ Bu eylem ya da eylemsizlikler sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal, sosyal ya da cinsel açıdan zarar görmesi, sağlığının ve güvenliğinin tehlikeye girmesi beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.^(19,20)

İstismar Fiziksel, Duygusal, Cinsel istismar ve İhmal olarak dört ana gruba ayrılır. Son yıllarda bu gruplara ekonomik istismar ve grooming de eklenmektedir. Her ne kadar başlıklar altında sınıflandırılmış olsa da klinik tablolar çoğu zaman bir arada görülmektedir.⁽²¹⁾

Çocuğun fiziksel istismarı çocuğun kaza dışı hasar alması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun cinsel istismarı ise bir çocuk ile bir yetişkin ya da yaş ve gelişim bakımından sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içinde olan başka bir çocuk arasında, bu kişinin cinsel gereksinimlerini tatmin etmeyi amaçlayan eylemler olarak tanımlanmaktadır.⁽²²⁾ Çocuk ihmali, çocuğa bakım sağlayan kişilerin çocuğun gereksinimlerini yeterince karşılayamaması sonucun çocuğun gelişiminin olumsuz olarak etkilenmesidir.⁽²³⁾ Duygusal istismar, yapılan eylemler ve sonuçları açısından görülüp ölçülebilmesi en güç olan, fakat en sık görülen ve fiziksel, cinsel istismar ve ihmal kadar yıkıcı etkilere neden olabilen bir istismar türüdür. Aynı zamanda diğer istismar tipleri ile de birlikte görülür. Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, 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 istismar olarak tanımlanmaktadır.⁽²⁴⁾

Son yıllarda tanımlanan çocuk istismarı başlıklarından grooming, internet ortamında bir yetişkinin kendini çocuk olarak tanıtmaması, bu şekilde sanal ortamda tanıştığı çocukların güvenini kazanarak sanal ya da gerçek dünyada istismar etmesidir. İnternetle uşaklaştırma olarak da Türkçeleştirilmektedir.^(21,25,26) Grooming kimi kaynaklarda çocuk istismarının yeni bir türü olarak kimi kaynaklarda ise cinsel istismarın bir alt başlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanımlanan bir diğer alt başlık olan çocuğun ekonomik istismarı ise çocuğun

gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde çalışması ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması veya çalıştırılması, çocuğa bakmakla yükümlü kişinin çocuğu maddi gelir kaynağı olarak görüp çocuktan maddi kazanç elde etme isteği olarak tanımlanır.

2.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihçesi

Çocuk istismarı ve ihmalinin tarihçesine baktığımızda bunun insanlık tarihi kadar eski olduğu söylenilebilir.⁽²⁷⁾ Çocuklara uygulanan fiziksel istismarın tarihçesi ise aslında antik çağlara kazar uzanmakta iken konu ile ilgili çalışmaların yapılması ancak yüz yıllık bir yakın geçmişi kapsamaktadır. Çocuk istismarının en ağır şekillerinden birisi olan çocuk öldürme tarih boyunca, çocukların ilahlara kurban edilmesi, yetiştirilmeye değer görülmeyen çocukların ölüme terk edilmesi, yeni doğan çocukların cinsiyetine göre öldürülmesi, gayrimeşru çocukların öldürülmesi gibi çok geniş bir yelpazede görülmüştür. Çocuk öldürme dışında çocukların organlarının kesilerek sakat bırakılması, nehre atılması, çocuk düşürtme gibi eylemlerin de tarih boyunca görüldüğü bilinmektedir. Eğitim sisteminde de fiziksel cezalandırma sopa, dayak, falaka gibi çeşitli şekillerde kullanılmıştır.⁽¹⁾ Kaynaklarda ilk kez 17. Yüzyılda bir avukatın çocuklara karşı işlenmiş suçları araştırmasının sonucunda çocuk istismarı kavramının ortaya atıldığı geçmektedir.^(28,29)

Çocuk istismarı konusundaki yasal düzenlemeler arasında ise; 17. Yüzyılda Paris Parlamentosu'nun asil ailelere topraklarında bulduğu terk edilmiş çocuklar için onları koruyacak kurumlar açma sorumluluğu getirmesi, 18 ve 19. Yüzyıllarda Batı Avrupa'da benzer kurumların kurulması, 1741'de bulunan çocuklara ait çocuk hastanesinin kurulması, 1885'te Amerika'da Çocukları İstismar'dan Koruma Derneği'nin kurulması sayılabilir.⁽³⁰⁾ 1960'ların sonunda ise çocuk istismarının bildirimini gerektiren yasalar bütün devletler tarafından kabul edilmiş olup mağdurlara ve ailelerine yardım amaçlı programlar oluşturulmuştur.⁽³¹⁾ Uluslararası kapsamdaki en önemli gelişme ise şüphesiz ki 1989'da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesidir.⁽¹²⁾

Fiziksel istismarın bilimsel ortaya çıkarılması ise ilk kez 1860'da Adli Tıp Profesörü olan Tardieu'nun Paris'te dayak sonucu ölen 32 çocukta tespit ettiği otopsi bulgularını derlemesi ile olmuştur. 1946'da Caffey tarafından Caffey Sendromu tanımlanmış, çeşitli

aşamalarda iyileşme gösteren uzun kemik fraktürlerine ve beraberinde görülen subdural kanamalara dikkat çekmiştir. 1961 yılında ise Henry Kempe dövülerek saldırıya uğramış çocuklar için “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” tanımlamasını yapmıştır. 1972’de Helfer ve Kempe çocuk istismarını anne, baba veya çocuktan sorumlu kişilerin gerçekleştirdiği veya sorumluluğunu yerine getirmeyi ihmalinden kaynaklanan eylemler sonucunda çocuğun kaza dışı zarar görmesi olarak tanımlamış; 1979’da Giovanni ve Becerra aile ve çocuğu korumakla yükümlü kişi ya da kurumların davranışlarının toplum değerlerine aykırı olması gerektiğini belirtmişlerdir. Garbarino ve Gilliam 1980’de uygunsuz ve zarar verici davranışların uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini belirtmiş; Chadwick ise 1991’de kaza dışı denilerek bilinçli olarak verilen zarardan bahsedildiğini belirtmiştir.^(32,33,34,35,36)

Türkiye’de ise çocuk istismarı ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yakın geçmişe dayanmakta olup 1990-2000 yılları arasında artmaya başlamışsa da bu çalışmaların henüz yaygınlaşmadığı söylenilebilir. Öztürk, Sümer ve Yörükoğlu’nun 1970’li yıllarda kırsal kesimde yapmış oldukları bir araştırmada kırsal kesim çocuklarına değer verilip sevgi gösterilmesine karşın ceza yöntemi olarak fiziksel istismarın sık sık uygulandığı, Konanç ve Günce’nin 1983’te yaptığı bir çalışmada suça karışan ve karışmayan iki erkek çocuk grubunun fiziksel istismara uğrama açısından incelenmesinde; fiziksel istismara uğrasın ya da uğramasın her iki gruptaki çocukların da aileleri tarafından sevildiklerini düşündükleri sonucuna varılmıştır.⁽⁴¹⁾ 1989 yılında Ankara’da Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği(CİİÖDER) kurulmuş olup çocuk istismarı konusunda çeşitli kongreler, konferanslar, toplantılar ve seminerler düzenlemektedir.⁽³⁷⁾ 1991 yılında ise Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği(ÇİKORED) kurularak konu ile ilgili veri toplamaya başlamış ve bunun yanında destek oluşturma çalışmalarına önem vermiştir.⁽²¹⁾

2.4. Tarihsel Süreçte Çocuk Hakları

Çocuk haklarının temeline bakılacak olursa karşımıza dört önemli belge çıkmaktadır. Bunlar 1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi, 1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi, 1963 Türk Çocuk Hakları Bildirisi, 1989 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesidir.

2.4.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi

Çocuk hakları konusunda atılan ilk adım Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'dir. 1. Dünya savaşından sonra İngiltere'de çocukları korumak amaçlanarak "Çocuk Koruma Fonu" kurulmuştur. Bu fon ile sunulan taslak metin 1924 yılında Milletler Birliği'nde "Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi" olarak kabul edilmiştir. Bu bildirge ile tüm ulusların cinsiyet, ırk, uyruk ve din ayrımı gözetmeksizin sahip olunan en iyi şeyleri çocuklara vermekle yükümlü oldukları tasdik edilmiştir. Bu bildirge çocukların yaşatılması, korunması ve gelişmeleri amacıyla imzalanan ilk belgedir. Çocukların sağlıklı ve güvenli bir ortamda yaşamaları, felaketlerde önceliklerinin olması ve her türlü istismardan korunmaları gerektiği; çocukların gelişmesi, korunması, eğitilmesi, kardeşlik ve barış ruhu içinde yetiştirilmesi ilkelerini içeren 5 maddelik bu bildirgede belirtilmiştir. 1928 yılında Mustafa Kemal Atatürk bu bildirgeyi imzalamıştır. 2. Dünya Savaşı'nın başlaması ile birlikte bildirgenin yaptırım gücü ortadan kalkmıştır. ⁽³⁸⁾

2.4.2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi

1959 yılında savaşın yarattığı koşulların da ortadan kalkmaya başlaması ile birlikte Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi ilan edilmiş olup bildiride çocuklara doğum ile birlikte kimlik, vatandaşlık verilmesi, ayrımcılık yapılmaması, çocuğun kendisini özgürce geliştirmesine imkan sağlanması, sosyal güvenlik haklarının sağlanması, engelli çocuklar için tedavi ve bakım planlanması gibi temel ilkeler yer almaktadır. Bildirinin 9. ilkesinde çocuğun ihmalin, zulmün ve istismarın her türlüşüne karşı korunması gerekliliği vurgulanmış, çocuğun hiçbir şekilde ticaret konusu olamayacağı, uygun bir yaştan evvel çalıştırılmayacağı, sağlığına, eğitimine, beden, fikir ve ahlaki gelişimine engel olacak bir meslekte çalışmaya zorlanamayacağı ve çalışmasına izin verilemeyeceği açıkça belirtilmiştir.

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi doğrultusunda 1963 yılında Türk Çocuk Hakları Bildirisi kabul edilmiştir. UNESCO Türk Milli Komisyonu tarafından kabul edilen

bu bildiride özellikle devletin çocukları koruyup gözetmesine dair yasal, idari ve uygulamaya yönelik olarak her türlü önlemi alması gerektiği belirtilmiştir.^(39,40)

2.4.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi

Birleşmiş Milletler'in 20/11/1989'da kabul ettiği ve 02/09/1990'da yürürlüğe giren Çocuk Hakları Sözleşmesi en fazla ülkenin onayladığı insan hakları belgesi olup Türkiye bu sözleşmeyi 14/09/1990 tarihinde imzalayarak ilk imza koyan ülkelerden birisi olmuştur. Türkiye Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 17, 29 ve 30. Maddelerine azınlık konusunda çekince koyarak imzalamıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 90. Maddesi uyarınca iç hukuk normuna dönüştürülmüştür.⁽⁴¹⁾

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin temel amacı yaşama, gelişme, koruma ve katılım hakkının gerçekleştirilmesini sağlamak ve çocukların her türlü istismar ve ihmalden korunmasının sağlanmasıdır. Bu doğrultuda “Çocuğun Yüksek Yararı” kavramı ortaya konulmuştur. Çocuğun yüksek yararının gözetilmesi hekimler açısından da Sözleşme'nin en önemli ilkelerinden birisidir. Bu ilke ile herhangi bir yarar çatışması ile karşılaşıldığı durumda çocuğun yararına en uygun olan işlemin tercih edilip gerçekleştirilmesinin gerekli olduğu ifade edilmektedir. Taraf devletler Sözleşme'de tanınan hakların uygulanması amacıyla gereken her türlü yasal, idari ve diğer önlemleri almakla yükümlüdür. Bu sözleşme ile çocuklar sadece korunması gereken varlıklar olmaktan çıkarılarak özel hakları olan özneler olmuşlardır. Sözleşme ile cinsiyetine, dinine, etnik kökenine, kim olduğuna bakılmaksızın bütün çocukların hakları tanımlanmış, çocuklar için en uygun güvenlik, sağlık, eğitim koşullarının sağlanması devlet politikaları ile güvence altına alınmıştır.^(12,39,42,43,44,45)

Dünyanın her yerinde kabul gören bu sözleşmenin çocukların yüksek yararını öncelikli hedef olarak belirleyen en önemli uluslar arası sözleşme olmasına karşın çocuğa yönelik şiddetin her geçen gün artması büyük bir tezat oluşturmaktadır. Türkiye'de de her geçen gün çocuk istismarı konusunda daha fazla çalışma yapılmasına ve istismara yönelik bilincin ve farkındalığın arttırılmasına rağmen istismar olgularının artışının önüne geçilememiştir. Ayrıca Sözleşmeye dair yapılan eleştirilerden bazıları çocuk yaş sınırlamasının 18 yaş ile sabit tutulması ve çocukluğun başlangıcı ile ilgili net bir saptama

yapmamış olmasıdır. Çocuğun yaş tanımlamasında çocukluğun başlangıcı için hamile kadınların tedavisi ve kürtaj gibi konularda açıklık bulunmaması, üst sınırın 18 yaş olarak sınırlı tutulmasında çocuğun bireysel gelişiminin ve kapasitesinin öneminden bahsedilmemesi eleştiri nedeni olmuştur.^(21,46, 47)

Türkiye’de Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin uygulanmasından sorumlu kuruluş olarak Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü görevlendirilmiş ancak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın kurulması ile bu görev Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne devredilmiştir.⁽³⁹⁾

2.5. Çocuğun Gelişim Basamakları ve İstismar

Çocuğun gelişmesi, genetik ve çevresel etmenlerin ortak etkisi içerisinde çocuğun sinir sisteminin ve psikolojik tepkilerinin olgunlaşmasıdır. Beyin gelişimi erken çocukluk dönemi deneyimlerinin büyük etkisi altındadır. Doğumda nöron sayısı 100 milyardır ve ilk üç yıl içerisinde her nöron 15 000 sinaps geliştirir. İlk 10 yıl bu sinaps sayısı sabit devam ederken bu süreçte çevresel uyaranlar ile kullanılan sinapslar sağ kalırken kullanılmayanlar atrofiye gider. Bu nedenle duygusal yoksunluk sinaps sayısını doğrudan etkiler. Çocuğun yaşadığı örseleyici deneyimler nörotransmitterlerde ve stres yanıtını düzenleyen endokrin sistemde etkisini yaşam boyu gösteren bir değişim yaratırlar. Beynin esnekliği ergenliğe dek devam eder ve bu süre boyunca prefrontal korteks karar verme, gelecek planlama ve duygusal kontrol mekanizmaları yönünden daha ileri gelişim gösterir. Yeni doğan dönemi yaşamın en kırılgan dönemlerinden birisi olup bebeğin anne karnından dış yaşama geçişteki fizyolojik ve biyokimyasal adaptasyon süreci olarak tanımlanmaktadır.⁽⁴⁸⁾

Erken doğum, bu nedenle hastane ve yoğun bakım yatış süreçleri, solunum ve beslenme zorlukları, bebekteki doğuştan gelen rahatsızlıklar, sakatlıklar ailelerin bebekten beklentilerini karşılayamayabilir ve bu nedenle ailelerin zorlanmasına neden olabilir. İstenmeyen plansız gebelikler, ailevi ve bireysel problemler annenin bebekle bağlanmasını zorlaştırabilir. Doğum sonrası çevresel desteğin yetersiz olması, annenin yeni sürece adaptasyon zorlukları çekmesi sonucunda bebeğin bakımı aksayabilir. Doğum sonrası bebek ve anne için adaptasyon süreci olan bu dönemde tüm bu durumların varlığında bebek istismar ve ihmal açısından risk altındadır.^(49,50)

Yenidoğan dönemi sonrasında bebeklerin göz teması kurma, gülümseme, başını kaldırma, anlamsız sesler çıkarma, nesnelere uzanma, destekli oturma, desteksiz oturma gibi yetileri zamanla kazandığı görülür. Bu dönemde yine erken doğan, düşük doğum ağırlıklı ve doğuştan rahatsızlıkları olan bebeklerin bakımları aksayabilir ve istismara uğrayabilir. Bu dönemde bebekler ani bebek ölümü ve sık yaşanan kazalar nedeniyle sağlık kuruluşlarına getirilebilir.⁽⁵¹⁾ Ayrıntılı anamnez alınarak anlatılan kaza öyküsünün çocuğun gelişim basamakları ile olan uyumu değerlendirilmelidir. Gerekli görülmesi halinde çocuk hastalıkları, çocuk nörolojisi, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi uzmanlık gerektiren alanlardan konsültasyonlar istenilebilir.

12 ay ve sonrasında bebek sıralamaya ve yürüme alıştırmalarına başlar. Yaşamın ikinci yılında çocuk daha bencil, inatçı ve sinirlidir. Bu dönemde çocuğun inatçı ve sinirli olması, iştahın azalması dolayısıyla yeme problemlerinin yaşanması, tuvalet eğitimi sırasında yaşanan zorlu süreç fiziksel istismara neden olabilir. ⁽⁵²⁾ İhmal ya da istismara uğrayan çocuğun çevresine olan güveni azalır, korkak ve çekiniktir. Büyüme ve gelişmesi yavaşlamış olup, mental ve motor olarak geri kalabilir, fiziksel istismar sonucunda kazanmış olduğu bazı yetilerini yitirebilir. Bu dönemde hareketlenmiş olan çocuğun vücudundaki travmatik lezyonların istismara bağlı olup olmadığı irdelenmeli, çocuğun hareket kabiliyeti ölçüsünde değerlendirilmelidir.^(53, 54)

Yaşamın 3. yılında zihinsel gelişimin hızı artar. Konuşma gelişmiştir. Yaşamın 4. yılında kaba ve ince motor yeteneklerde belirgin olarak gelişme görülür. Bu sayede yaşananları resimlerle anlatabilir. Yaşamın 5. yılında giyinip soyunabilir, kendi cinsiyetindekilerle oynamayı sever. Bu dönemde oyun çocuğu olması dolayısıyla aile dışındakiler tarafından da istismara uğrayabilir. Okul öncesi bu dönemde davranışlarında görülen değişiklikler, kazanılan yetilerin regrese olması, büyümede gerilik, idrar ve gayta kontrolünün bozulması akla istismarı getirmelidir.^(55,56)

Prepubertal dönemde çocukların kalıcı dişler çıkmaya başlar, kas gücü artar, dans ve spor yapabilir, cinsel organlar henüz gelişmemiş olmasına rağmen cinsiyet farklılıklarına olan ilgi artar. Okula başlamanın getirdiği kurallara ve toplu yaşama uyum zorluğu yaşanılabilir. Bu dönemde fiziksel olarak zayıf, kırılgan ya da saldırgan çocuklar istismara uğramaya eğilimlidir. Okulda öğretmen ve yaşça büyük öğrenciler tarafından istismara

uğrayabilir. Okulda istismarın varlığında okula gitmek istememe, ders başarısında düşme, kişilik değişiklikleri, psikosomatik hastalıklar gösterme gibi belirtiler gösterebilirler.⁽⁵⁷⁾

Puberte ile beraber çocuklar fiziksel, cinsel ve psikososyal olarak gelişirler. Kızların fiziksel ve cinsel gelişimi erkeklere göre ortalama iki yıl önce başlar. Erken ergenlik dönemi kızlarda 10-14 yaş, erkeklerde 12-14 yaş aralığıdır. Erken ergenlik döneminde fiziksel ve cinsel gelişim yol almış olsa da psikososyal gelişim yeni yeni başlamıştır. Bu dönemde gençler dışarıdan olgun bir birey olarak görülseler de çocuksu özelliklerini korurlar. Soyut düşünce kavramı henüz gelişmemiştir ve dürtü kontrolü yoktur; bu nedenle riski davranışlarla karşılaşma ihtimali artmıştır. Otoriteye karşı gelme, kendi düşüncelerini savunma ve karşıt düşüncelere tahammül gösterememe artar. Bütün bunlar nedeniyle bu dönemde fiziksel istismar sık görülür. Fiziksel ve cinsel gelişimin psikososyal gelişimin önünde olması fiziksel ve cinsel istismarla karşılaşılması ihtimalini artırır.⁽⁵⁸⁾ Orta ergenlik dönemi olan 14-18 yaş aralığında cinsel gelişim süreci diğer süreçlere göre öne çıkar. Arkadaşla geçirilen vakit artarken aile ile geçirilen süre azalır. Bu dönemde cinsel istismarla karşılaşılması yüksek bir olasılık olup flört ilişkileri, doğru eş bulamama hem cinsel istismar olasılığını hem de fiziksel istismar olasılığını artırır.⁽⁵⁹⁾ 18 yaş sonraki dönem olan geç ergenlik döneminde ise mesleki ve sosyal kimlik de oluşmuş olup soyut düşünce kavramı gelişmiştir. Dürtü kontrol mekanizması ve özgüven gelişmiş, sorumluluklar artmıştır. Bu dönemde fiziksel istismar cezadan ziyade kavg ve şiddet içerikli durumlarla karşılaşılması ile olur.⁽⁶⁰⁾

2.6. Çocuğun Fiziksel İstismarı

18 yaş altı çocuklara yönelik, kazara olmayan, kasıtlı, şiddet içeren ve zarar verme amacıyla girilen, çocukta fiziksel olarak hasar bırakan, vücutta iz oluşturan ve çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen davranışlar olup tekmeleme, tokat atmak, yumruk atmak, ısırma, çimdikleme, bir cisimle vurma, delme, dövme, kesme, sarsma, silkeleme, fırlatma, zehirleme, yakma, haşlama, boğma bu kapsamda yer alır.^(61,62) Çocuğun fiziksel istismarı; çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel kuvvet sonucunda çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması ya da çıkabilecek olmasıdır. Bir diğer deyişle genellikle basit yaralanmalarla

başlayıp zaman içerisinde şiddetinin artmasıyla beraber çocuklarda ciddi fiziksel yaralanmalara hatta ölüme, ruhsal patolojilere, büyüme ve gelişme geriliklerine neden olabilen önemli bir halk sağlığı problemidir.^(22,63)

En geniş anlamda ise fiziksel istismar çocuğun ebeveyni veya bakmakla yükümlü kişi ve/veya kurumlarca kaza dışı yaralanmasıdır. Herhangi bir yaralanma ile başvuran her çocukta fiziksel istismar ihtimali akılda bulundurulmalı ve buna yönelik değerlendirmeler de yapılmalıdır. Ayrıca fiziksel istismar çocuğu disipline etmek amacıyla da yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye’de bu şekilde cezalandırma amacıyla kullanımı oldukça sık görülmektedir. “Kızını dövmeleyen dizini döver”, “Dayak cennetten çıkmadır” gibi atasözleri dilimizde yer etmiştir.

Çocuğun fiziksel istismarının ağır formlarından olan “Sarsılmış Bebek Sendromu” ve özel bir formu olan “Munchausen by Proxy Sendromu” gibi durumların yanında; çocuğu bedensel olarak cezalandırma, bağlama, kilitleme ile özgürlüğünden alıkoyma gibi durumları da kapsadığı belirtilmektedir. ^(64,65)

Fiziksel istismara maruz kalmak çocukta uzun süreli ve kalıcı sonuçlara yol açabilmektedir. Bunlar arasında ilerleyen dönemde uyuşturucu kullanma, kaygı bozuklukları ve depresyon, erken yaşta ve riskli cinsel ilişki, bellek bozuklukları, saldırgan tavırlar sayılabilir.⁽⁶⁶⁾

Fiziksel istismar belirtileri sayesinde tanınması ve tanı konulması en kolay olan çocuk istismarı türüdür. Çoğu zaman ihmal ile beraber görülmektedir. ⁽⁶⁷⁾

Fiziksel istismar uygulandığı yere göre 2 başlıkta incelenmektedir.

1. Aile içinde çocukların kaza dışı yaralanmaları “Ebeveyn tarafından istismar (Parentel abuse)”
2. Okul, yuva, yetiştirme yurdu, kamp gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar ise “Kurumda istismar (Institutional abuse)” olarak adlandırılmıştır.⁽⁶⁸⁾

Fiziksel istismar uygulanış şekline göre 2 başlık altında incelenmektedir.

1. İstismarcının bir alet kullanılmadan çocukta oluşturduğu lezyonlar aletsiz saldırılardır. Tokat, yumruk, itip-kakma, tekmeleme, sarsma, ısırma ve çimdikleme gibi olayları kapsamaktadır .⁽⁶⁹⁾
2. İstismarın bir alet kullanılarak çocukta çeşitli lezyonlar oluşturduğu olgular ise aletli saldırılardır. Kullanılan araçlar genellikle kemer, herhangi bir ev eşyası (tava, telefon vb.), hortum, sigara, ütü, sıcak su ve sıcak yiyeceklerdir.⁽⁷⁰⁾

Zaman zaman çocukların ait oldukları kültürel ve dini normlara bağlı olarak istismar sayılabilecek bazı davranışlara maruz kaldıkları da bilinmektedir. Çocuk istismarında kültürel boyutlar şeklinde sınıflandırılabilir olan bu olguların nasıl değerlendirilmesi gerektiği ise halen tartışılmakta olan bir konudur. Bunlar bazı uzmanlar tarafından istismarın bir türü olarak kabul edilirken kimi görüşlere göre ise istismar dışı kültürel normlara bağlı davranışlar olarak değerlendirilmektedir.⁽¹⁾

2.6.1. Epidemiyoloji

Çocuk istismarı dünya çapında yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olan bir halk sağlığı problemidir. Çocuğun fiziksel istismarı duygusal istismardan sonra en sık rastlanılan istismar çeşididir.

Dünyada son zamanlarda yapılan küresel araştırmalar, hemen hemen tüm çocukların ev, okul ve sosyal çevrelerinde şiddete maruz kaldıklarını ve bu olaydan çok sayıda çocuğun etkilendiğini göstermektedir.⁽⁷¹⁾ Çocuk istismarı ve ihmali nedeniyle her yıl 155.000 ölümün meydana geldiği bildirilmiştir.^(72,73) Yapılan bir diğer araştırmada ise çocuk istismarı ve ihmali nedeniyle gerçekleşen çocuk ölüm oranı 2.25/100.000 olarak belirtilip bu ölümlerin %44'ünün fiziksel istismar ya da fiziksel istismarın diğer istismar türleri ile kombinasyonu nedeniyle gerçekleştiği belirtilmiştir.⁽⁷⁴⁾

ABD (Amerika Birleşik Devletleri) ve Avrupa Birliği ülkelerinde çocukluk çağında fiziksel istismar yaygınlığının %5-16 arasında olduğu ve bunların da %5'inin çocuk koruma birimlerine bildirildiği belirtilmektedir.⁽⁷⁵⁾ ABD'de Ulusal Çocuk İstismarı Ve İhmali Veri Sistemi'ne(NCANDS) göre 2006 yılında araştırılan 3.6 milyon çocuktan 905 bin çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı ve yıllık oranın bin çocukta 12.1 olduğu,

bunların 114.800'ünün fiziksel istismar nedenli başvurduğu belirtilmektedir.⁽⁷⁶⁾ ABD'de 2010'da yayınlanan, NIS-4(National Incidence Study) adlı çalışmada ise 2005-2006 yılları arasında 1 yıllık süre içerisinde 1.25 milyondan çok çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı bildirilmiştir. Bunlardan %44'ü istismar, %61'i ihmal olarak tanımlanmış olup fiziksel istismarın oranı %58 olarak belirtilmiştir. Kötü muamele en sık 0-2 yaş aralığında görülmekte olup, sıklığı 24.4 olgu/1000 çocuk olarak kaydedilmiştir. Kötü muamele gördüğü kaydedilen her 1 çocuğa karşılık en az 1-2 istismara uğramış çocuğun ise gözden kaçtığı belirtilmektedir.⁽⁷⁷⁾

Dünya Sağlık Örgütü yetişkinlerin yaklaşık olarak %25'inin çocukluk döneminde fiziksel istismara uğradığını, dünyada 15 yaş altında 31000 çocuğun her yıl yaşamını çocuk istismarı nedeniyle kaybettiği bildirilmektedir.⁽⁷⁸⁾ Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü 2-4 yaş arası yaklaşık 4 çocuktan 3'ü veya 300 milyon çocuğun ebeveynleri ve bakıcıları tarafından düzenli olarak fiziksel cezaya ve/veya psikolojik şiddete maruz kaldığını belirtmektedir.⁽⁷⁹⁾

Pek çok ülkede çocuk istismarı sıklığında yıllar içerisinde artış gözükmesine rağmen İsveç'te çıkarılan yasalar ve eğitim programları ile fiziksel istismar oranının %65'ten %11'e gerilediği ise bir gerçektir.⁽⁸⁰⁾ Bu ise bize çocuk istismarını önlemek için atılacak her adımın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Çocuk istismarı konusunda ülkemizde ancak son yıllarda çalışmalar yapılmaya başlanmış olup, bu nedenle de yapılan çalışmalar oldukça yeni, kısıtlı ve az sayıdadır. Akademik olarak yeterli sayıda epidemiyolojik çalışmaların yapılmamış olması ve kayıtların yetersizliği nedeniyle bu konuda rakamsal veriler bildirilmesi oldukça zordur. ⁽⁸¹⁾ İstanbul'daki 6 büyük hastanede 1993 yılında yapılan bir çalışmada son 3 yıl içerisinde istismar tanısı alan hiçbir olgunun bulunmadığı görülmüştür. Buna neden olarak da bilgisizlikten dolayı hastaların başka tanılar almış olabileceği üzerinde durulmuştur. Dünya literatüründe de istismar olgularının ebeveynler tarafından sıklıkla merdivenden düşme olarak açıklandığı bilinmektedir.(Ziyalar N 1993) Türkiye'de çocuğun terbiyesinde cezanın yer alması gerektiği düşüncesi yaygındır. Yapılan bir araştırma (Polat O 1997) her gün dayak yeme sıklığının %10, haftada bir dayak yeme sıklığının ise %25 olduğunu, her 4 çocuktan birinin haftada bir mutlaka dayak yediğini ortaya çıkartmıştır. ÇİKORED tarafından yapılan bir çalışmada; 6-12 yaş ilkokul öğrencilerinde (Polat O 1999) cezalandırmak amacıyla dayanın kullanılmasının %85'e varan oranlarda olduğu, tokat

atma, kulak ve saç çekmenin yanı sıra silgi, tebeşir fırlatmanın %25, sopa ile dövmenin %14 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Yapılan bir başka araştırmada ise ülkemizde çocukluk çağında fiziksel istismar sıklığı %30-54 olarak bildirilmiştir. ^(82,83) Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada 7-18 yaşları arasındaki çocukların %51'inin duygusal, %45'inin fiziksel istismara ve %25'inin ihmale maruz kaldığı belirlenmiştir. ⁽⁸⁴⁾ Yapılan bir diğer çalışmada(Kaynar ve diğ 2007) öğrencilerin %60,1'inin çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete uğradıkları kaydedilmiştir. Irmak'ın 2008 yılında 12-17 yaş arasındaki ergenlerle yaptığı çalışmada fiziksel istismar oranı % 48, ihmal oranı % 17 ve cinsel istismar oranı % 8 olarak saptanmıştır. ⁽⁸⁵⁾ Ayan ve Kocacık'ın Sivas'ta 2009 yılında 70 ilköğretim okulunda yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, öğrencilerin % 54'ü anneleri, % 46'sı da babaları tarafından şiddete maruz kalmaktadır. ⁽⁸⁶⁾

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu(SHÇEK) ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) iş birliği ile yapılan ve 2010 yılında yayınlanan ‘‘Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması’’ özet raporuna göre Türkiye’de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki 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 son 1 yıl içinde maruz kaldığı bildirilmiştir. Araştırmada 7-14 yaş aralığındaki kız çocukları en çok anne, baba, öğretmen, arkadaş ve büyük kardeşler tarafından, erkek çocukları ise sırasıyla, arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve tanımadıkları birinin fiziksel istismarına uğramışlar, 15-18 yaş dilimindeki kızlar arasında az sayıda fiziksel istismar bildirmişler ve uygulayanların daha çok baba ve öğretmen olduğunu belirtmişlerdir. 15-18 yaş dilimindeki erkekler ise bu yaş dilimindeki kızlara oranla çok daha fazla fiziksel istismar uğramışlar ve uygulayanların baba, arkadaş ve tanımadıkları kişiler olduğunu belirtmişlerdir. ⁽⁸⁷⁾

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2013 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Ergen Profili Araştırması’na göre; ankete katılan ergenlerin %92’si son bir yıl içinde evde fiziksel şiddete maruz kalmadığını belirtmiştir. Maruz kalan ergenler ise en çok babalarından(%37) şiddet gördüğünü belirtmiştir. Cinsiyete göre bakıldığında ise kızların daha çok annelerinden(%35), erkeklerin ise babalarından(%43) fiziksel şiddet gördükleri anlaşılmaktadır. Ankete katılanların %91’i okulda fiziksel şiddete hiçbir zaman maruz kalmadığını belirtmiştir. Fiziksel şiddete sık sık maruz kaldığını belirtenlerin oranı %1’den

az olup, bir biçimde fiziksel şiddetle karşılaşmış olanlar %8 oranındadır. Okulda fiziksel şiddete maruz kalanlar en çok arkadaşlarından(%48) şiddet gördüğünü belirtmiştir. ⁽⁸⁸⁾

Saka'nın 2004 yılında yaptığı çalışmada Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na bağlı, Morg İhtisas Dairesi ile 1. ve 5. İhtisas Kurulları'nda 2000-2002 yılları arasında düzenlenmiş ve karara bağlanmış çocuk ölümlerinin çocuk istismarı ve ihmali açısından incelenmesi sonucunda bu başlık altında değerlendirilebilecek 216 olgu değerlendirilmiş ve 161(%74,5) çocuğun ihmal sonucu, 30(%13,9) çocuğun fiziksel istismar, 13(%5,6) çocuğun ihmale eşlik eden fiziksel istismar ve 12(%6) çocuğun ise cinsel istismara eşlik eden fiziksel istismar sonucu öldüğü saptanmıştır. ⁽¹⁸⁵⁾

TÜİK'in (Türkiye İstatistik Kurumu) ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre ise 2021 yılında 1-17 yaş grubunda en fazla çocuk ölümleri, dışsal yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle gerçekleşmiş olup bu nedenle hayatını kaybeden, 1-17 yaş grubundaki çocuk ölüm sayısı 2021 yılında bin 313 olmuştur. ⁽¹⁸⁶⁾ TÜİK verilerinde olguların kaçının fiziksel istismar veya ihmal nedeni ile öldüğüne dair herhangi bir veriye ulaşılamamıştır.

2.6.2. Fiziksel İstismarda Risk Faktörleri

Çocukta, ailede, toplumsal, sosyal ve çevresel faktörlere bağlı olarak çocuğun fiziksel istismarında çeşitli risk faktörleri bulunabilir. Çocuk istismarının tek bir nedenden ziyade birden çok risk etkeninin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu risk faktörlerinin varlığında fiziksel istismar akla getirilmeli, risk faktörlerinin varlığı fiziksel istismar şüphesi bulunan çocuklarda değerlendirilmelidir.

Çocukla ilgili risk faktörleri;

- Öğrenme güçlükleri, mental retardasyon,
- Davranışsal bozukluklar,
- Gelişimsel gecikme,
- Kronik hastalıklar,
- Konuşma ve dil bozuklukları,
- Psikiyatrik rahatsızlıklar,
- Fiziksel engellilik,

- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu(DEHB),
- Başarısızlık
- Konjenital ve genetik hastalıklar,
- Enürezis, enkoprezis,
- Prematürite, düşük doğum ağırlığı, çoklu doğum,
- İstenmeyen gebelik, istenmeyen çocuk, cinsiyetin istenilenden farklı olması, gayrimeşruluk,
- İlk 24 saat anne- bebek ayrılığı, emzirmeme, iki çocuk arasında 18 aydan daha kısa bir süre olması olarak sayılabilir.^(74,89,90,91)

Aile ile ilgili risk faktörleri;

- Genç veya tek ebeveyn olması
- Bakılamayacak kadar çok çocuk sahibi olma,
- Aile içi şiddet, geçimsizlik, boşanma,
- Üvey ebeveyn varlığı, parçalanmış aile, babanın evde olmaması,
- Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyleri,
- Ebeveynlerin alkol ve madde kullanım öykülerinin olması,
- Ebeveynlerin çocukken istismar veya ihmal edilmiş olma,
- Saldırgan ebeveyn varlığı, ebeveynde düşük dürtü kontrolünün olması ebeveynlerde psikiyatrik hastalık öyküsü, ebeveynlerde fiziksel hastalık olması,
- Ailenin çocuk açısından gerçekçi olmayan beklentilere sahip olması,
- 4 veya daha fazla çocuk sahibi olunması olarak sayılabilir. ^(74,89,90,91,92,93)

Toplumsal, sosyal, çevresel risk faktörleri;

- Eğitimsiz toplum,
- Aile içi şiddete tanıklık etme,
- Hayvanlara şiddet uygulanması, toplumda şiddete hoşgörü gösterilmesi
- Aileden uzak olmak, alternatif çocuk bakımı tercihlerinin olmaması, sınırlı gündüz bakımı,
- Toplumsal yardımlaşmanın azlığı,
- Azınlık grubuna dahil olma, kültürel uyumda yetersizlik,
- İşsizlik, yoksulluk,

- Tehlikeli sosyal çevrenin varlığı, stresli yaşam olayları,
- Sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması olarak sayılabilir. (74,90, 91,92,94)

Risk faktörlerinin tanınması bunları barındıran ailelerde önleme programlarının uygulanabilirliği açısından da oldukça önemlidir. Risk faktörlerini barındıran çocuklar, aileler, toplumlar için çeşitli eğitimler düzenlenerek fiziksel istismar önlenmeye çalışılmalıdır. Çocuk istismarında risk faktörlerine göre istismarla mücadele amacıyla bunlara karşı koruyucu faktörler de geliştirilmelidir. Çocuk istismarının risk faktörleri ile koruyucu faktörler arasındaki etkileşimin bir sonucu olduğu da belirtilmektedir. Koruyucu faktörler arasında aile desteği, annenin çocuk için alacağı çeşitli önlemler, sosyal devlet yapısı, devletin sosyokültürel açıdan gelişmiş olması, eğitim sisteminin gelişmişliği, koruyucu sağlık sisteminin varlığı, çocuk hakları ile ilgili devlet politikalarının geliştirilmiş olması, hukuk sisteminin sağlıklı işleyişi sayılabilir. (90,95)

2.6.3. Fiziksel İstismardan Şüphe Edilmesi Gereken Durumlar

Gözlemde fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar;

- Çocuğun görünüşünün ve anne babayla olan ilişkisinin normal olmaması,
- Çocuğun ve ailenin istismarın risk faktörlerini taşıması,
- Anne-babanın yaralanmanın türü ve şiddeti ile uyumsuz olarak gereğinden az ya da fazla tepki vermesi, ebeveyn ya da bakıcıların çocuğa olan abartılı davranışlarıdır.

Alınan öyküde fiziksel istismardan şüphe ettiren durumlar;

- Hastaneye başvurmada açıklanamayan gecikme,
- Benzer şikayetler ile ilgili birden fazla hekime başvurulması,
- Şüpheli travma öyküsünün birden fazla olması,
- Fiziksel bulgularla örtüşmeyen, uymayan hastalık öyküsü,
- Önemli yaralanmalar için makul bir açıklama yapılmaması,
- Ana babanın kazayı kardeşine veya 3. şahıslara yüklemesi, kazanın çocuğun kendisine yüklenmesi, çocuğun ana babayı suçlaması veya anne babayı belirgin bir şekilde savunması,
- Ana babanın çocukken istismara uğrama öyküsü,

- Ana babanın çocuktan gerçekçi olmayan beklentileri olması,
- Yaralanma öyküsünün gerçekçi olmayıp detaydan yoksun olması,
- Anlatılan öykünün kişiden kişiye veya anlatımdan anlatıma değişmesi.
- Anne babanın şüpheli tutumu, düşmanca davranışları,
- Aktarılan öykünün çocuğun yaşına ve gelişim basamaklarına olan uyumsuzluğu,
- Çocuğun kendini emniyetli hissettiği bir ortamda yaptığı açıklamaların özelliği,
- Anne, baba, kardeş, bakıcı tarafından aktarılan öyküler arasında tutarsızlık ve farklılıklar olması, farklı sağlık çalışanlarına farklı öykülerin anlatılmasıdır.

Muayene bulgularında fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar;

- Çeşitli iyileşme aşamalarındaki birden fazla kırık olması,
- Vücutta birden fazla ekimoz olması ya da ekimoz, kırık, yanık gibi çeşitli yaralanmaların bir arada bulunması,
- Hareket edemeyen çocuklarda görülen cilt lezyonları, uzun kemik kırıkları, 1 yaş altı çocuklarda kot kırıkları ve/veya subdural hematom,
- Bir hastalığa bağlı olmaksızın ani gelişen mental değişiklikler, zehirlenme bulguları,
- Geçmiş hastane başvuruları incelendiğinde travmatik sebeplerle, beslenme güçlüğü, gelişim geriliği gibi ihmal sebepli olabilecek nedenlerle olan başvuruların olması ya da çocuk koruma birimine olan başvurulardır. (22,96,97,98,99)

Fiziksel istismar şüphesi varlığında çocuğun ve ailenin risk faktörlerini taşıyıp taşımadığı değerlendirilmeli, muayene esnasında öğrenilen risk faktörlerinin varlığında da fiziksel istismar ihtimali akılda bulundurulmalıdır.

2.6.4. Fiziksel İstismarda Yaklaşım ve İzlenmesi Gereken Yol

Öncelikle çocuğun yaşı ve gelişim basamakları dikkate alınarak değerlendirme yapılmalıdır. Her yaş grubu çocukta ve gelişim basamağında yaralanmanın şekli farklılık gösterebilir. Yaş gruplarına göre meydana gelebilecek kaza ve ihmaller farklı olabilmektedir.

Vücudunda travmatik bulgu bulunan çocuklarda çocuğun fiziksel istismara uğramış olma ya da ihmal edilmiş olma ihtimali mutlaka akılda bulundurularak

değerlendirilmelidir. Fiziksel bulgu bulunmasa da çocukta büyüme gelişme problemlerinin görülmesi, ruhsal değişiklikler gözlenmesi, davranışsal problemler oluşması da fiziksel istismarın belirtisi olabilmektedir. Fiziksel istismar şüphesi olan olgularda adli tıbbi değerlendirmede yaralanmaya sebep olan gücün kaynağı, travmanın sayısı, kullanılan aletin ya da silahın özellikleri, yaralanmanın meydana geliş şekli, iddia edilen olay ile meydana gelme ihtimali, travmanın şiddeti ile yaralanmanın ağırlığı arasındaki bağlantı, yaralanmanın ağırlığında çocuktaki bir hastalığın etkisinin sorgulanması, yaralanmanın ne zaman gerçekleştiği, yaralanma ile aktarılan olay arasında nedensellik bağının varlığı sorgulanmalı, olaydaki tıbbi deliller toplanılıp kaydedilmeli ve çocuğun herhangi bir tedbir kararına ihtiyaç duyup duymadığı ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. (100)

Çocuğu akut dönemde muayene ediyorsak bir yandan acil tedavi sürecini tamamlarken bir yandan da adli değerlendirmesini gerçekleştirerek istismar şüphesinin ekarte edilememesi halinde adli bildiriminin yapılması gereklidir. Sadece acil tedavisi gerçekleştirilerek fiziksel istismara yönelik olarak değerlendirilmeyen çocukların tekrar ve daha şiddetli şekilde istismara uğrayabileceği bilinen bir gerçektir. Bu nedenle fiziksel istismardan şüphelenilen ya da istismar tanısı konulan olgularda delillerin kaydedilmesi ve adli bildirimin yapılması çocuğun bir sonraki ve belki de daha ağır bir yaralanmadan korunması için gereklidir. Tüm lezyon ve bulgular ayrıntılı olarak tariflenip kaydedildikten sonra çocuk varsa Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) veya Çocuk Koruma Merkezlerine yönlendirilmeli; yoksa adli tıp, çocuk hastalıkları, çocuk ruh sağlığı, çocuk cerrahisi gibi uzmanlık alanlarına yönlendirilmelidir. (66,98)

Fiziksel istismar tanısının koyulması, adli bildirimin yapılarak hukuksal sürecin başlatılması, çocuk için uygun olan koruma, bakım ve tedavi tedbir kararlarının alınması gibi sonuçlar doğurmaktadır. (22)

2.6.5. Fiziksel İstismarda Gözlem ve Öykü Alma

Fiziksel istismarda tanı ve şüphe aşamasında çocuğun ve ailesinin görüldüğü ilk andan itibaren gözlemlenmesi çok önemli bir yer tutar. Çocuğun dış görünüşü, çevreye olan ilgisi, hareketleri ve davranışları bize istismar ve ihmal konusunda ipucu verebilir. Çocuğun gelişimi, kıyafetlerinin yaşına, mevsim koşullarına, ailenin ekonomik durumuna

uygunluğu, çocuğın bakım ve hijyen durumu, etrafı ile olan iletişimi, beraber geldiği kişilere olan tutum ve davranışları, sağlık çalışanlarına olan yaklaşımı mutlaka gözlemlenmeli ve not edilmelidir. Ayrıca çocuğu getiren kişilerin ya da ailenin çocukla ve sağlık çalışanları ile olan iletişimi de gözlemlenmeli, iletişim içindeki abartılı hareketlere dikkat edilmelidir. ⁽¹⁰¹⁾ Ebeveynlerin sağlık çalışanlarına olan agresif, kaba, gergin tutumları, çocuğa karşı aşırı ilgili, sevecen ya da umursamaz tavırları mutlaka kaydedilmelidir.

Muayeneye başlanmadan önce çocuğın güveni sağlanarak muayene hakkında bilgilendirme yapılmalı bu sayede çocuğın gerginliğinin azaltılması amaçlanmalıdır. Çocuğın da muayene katılımının sağlanması için aradaki güven ilişkisinin kurulması özellikle istismar dűřünülen olgularda çok önemlidir. Çocuđu rahatlatabilmek için muayenenin ilerleyen aşamalarında da çocuğa bilgi vermeye devam edilmelidir.

Alınan öykü ile fizik muayene bulguları çocuğın fiziksel istismarında hekimi en iyi bilgilendirecek ve yönlendirecek kaynaklardır. İlerleyen aşamalarda hukuksal olarak da kullanılabileceğinden çok kıymetlidir. ⁽¹⁰²⁾ Çocuk istismarı ve ihmali olgularında öykü alınırken çocuğın yaşadığı olayı tekrar tekrar anlatmasının ve bu nedenle travmatize olmasının engellenebilmesi için planlı bir şekilde hareket edilmeli ve edinilen bilgiler ve bulgular mutlaka kaydedilmelidir. Bunun için de anamnezin çocuğın kendisini rahatça ifade edebileceği uygun bir ortamda alınmasına dikkat edilmelidir. Çocuktan ve çocuğu getiren kişilerden ya da ailesinden ayrı ayrı öykü alınması muayeneye müdahale edilmesini engelleyeceği gibi olay örgüsü konusunda da ayrıntılı bilgi edinmemizi sağlayacaktır. Çocuğın yaşı ve mental kapasitesi tek başına görűşmeye uygunsa mutlaka çocuktan çocuğu getiren kişilerden ayrı olarak öykü alınmalı, tek başına görűşmek mümkün değilse çocuğu getiren kişilerin çocuğu yönlendirmesine engel olunmalıdır. Ebeveynin çocuk ile yalnız görűşölmesine engel olmasının da fiziksel istismar açısından şüphe uyandıran bir durum olduğu unutulmamalı ve bu da kayıt altına alınmalıdır.

Çocukların sıklıkla ilk başvuru yerleri olan acil servisler ve polikliniklerde hasta yoğunluğu ya da deneyimsizlik nedeni ile öykü alınması için uygun ortamın oluşturulmasında zorlanıldığı ya da anamnez alınmasına gereken önemin verilmediği, daha ziyade acil tıbbi müdahale ile ilgilenildiği, bu sebeple birçok istismar olgusunun hastane başvurusuna rağmen atlandığı bilinmektedir.

Çocuklar kimi zaman istismarcı tarafından tembihlenmesi, ailesini ya da istismarcıyı korumak istemesi, utanması, istismarın tekrarlanmasından korkması, aileden alınmasından korkması gibi nedenlerle yaralanmanın meydana geliş şeklini gizleyebilir ya da bu konuda farklı bilgiler verebilirler.⁽¹⁰³⁾

Çocuktan öykü alınırken öncelikle güven ilişkisi mutlaka kurulmalı, bu esnada çocuğu ve ailesini tanımaya yönelik sorular sorularak çocuk rahatlatılmalı sonrasında olabildiğince açık uçlu sorularla, yönlendirmeden uzak bir şekilde çocuğun olayın nasıl gerçekleştiğini anlatması sağlanmalıdır. Bu aşamada evet/hayır ile cevaplanabilecek ya da şıklı sorulardan olabildiğince kaçınılması gerekmektedir. Hekimin çocuğa sorduğu sorular çocuğun yaşı ve gelişim basamakları ile de uyumlu olmalıdır. Öykü alınırken çocuğun fiziksel istismarına yönelik olarak risk faktörleri de sorgulanmalıdır. Çocuğun aktardıklarının da yaşı ve gelişim basamağı ile uyumlu olup olmadığı, anlattıklarının anlamını bilip bilmediği, olayın ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleştiği, olay anında etrafında kimsenin olup olmadığı, olay sonrasındaki yaralanmaları ve olayın hangi şekilde açığa çıktığı öğrenilmelidir. Çocuk ile yapılan bu görüşme esnasında çocuğun duygusal durumu da değerlendirilmelidir.^(100,104,105)

Çocukla yapılan tek bir görüşmede hem ayrıntılı olarak anamnez almak hem de tanı koymak bazen pek mümkün olmayabilir. Böyle durumlarda çocukla ve aile ile birden fazla görüşme gerçekleştirilebilir. ⁽¹⁰⁶⁾

2.6.6. Aydınlatılmış Onam Alınması

Küçük yaşlardan itibaren çocuk yapılacak işlemler ile ilgili olarak bilgilendirilmeli bu sayede karar verme sürecine ve muayeneye katılımı sağlanmalıdır. ⁽¹⁰²⁾

Hasta Hakları Yönetmeliği madde 24'e göre tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gereklidir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınacağı belirtilmektedir. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şartın aranmayacağı ifade edilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bulunan; "Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır." ifadesi ile çocukların yapılacak işlemler konusunda

bilgilendirilmelerinin ve karar süreçlerine katılımlarının sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.⁽¹⁰⁷⁾

On iki yaşını bitirmemiş çocukların kendileri hakkındaki konularda sağlıklı fikir yürütmeleri beklenemeyeceğinden aydınlatılmış onamlarının alınmasına gerek olmasa da çocukların muayene esnasında travmatize olmamaları için yapılacak işlemler konusunda ayrıntılı bilgi verilmeli ve muayeneye katılımları sağlanmalıdır. On iki- on beş yaş grubu çocuklarda ise muayenenin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği değerlendirilerek aydınlatılmış onam alınmalıdır. Yapılacak olan muayenenin ve aşamalarının hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği veya davranışlarını yönlendirme gelişmemiş ise onam almaya ihtiyaç duyulmaz ve 12 yaşından küçük çocuklardaki gibi bir yaklaşım benimsenir. Muayene olmanın ve muayenenin aşamalarının hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiş çocuklar ile on beş yaşından büyük çocukların aydınlatılmış onamlarının alınmadan muayene edilmemesi gerekir.

Aileler suç delillerinin belirlenmemesi için onam vermeyi reddedebilirler. Ailelerin muayeneyi reddettiği ve muayenenin gerekli olduğu durumlarda Türk Medeni Kanunu'nun (TMK) 346. ve 487. Maddeleri uyarınca mahkeme kararı alınması için başvuruda bulunulması gerekir.⁽¹⁰⁰⁾

2.6.7. Fiziksel İstismarda Acil Tıbbi Tedavi

Yaralanma nedeni ile tıbbi tedavi için başvuran ve fiziksel istismardan şüphelenilen olgularda öncelikle acil tıbbi tedavinin yapılması gereklidir. Tıbbi tedavi sürecinde çocuk muayene edilerek gerekli görülen tetkik ve konsültasyonlar istenmelidir. Çocuğun tedavisi devam ederken adli tıbbi olarak önemli görülen bulgular kaydedilmeli bu aşamada adli süreç ilerlerken tedavi sürecinin de aksamamasına dikkat edilmelidir. Ayrıca tedavinin tamamlanması sonrasında hekim çocuğa yönelik riskleri değerlendirerek gerekli gördüğü durumlarda çocuğun yatışına da karar verebilir.⁽⁹⁹⁾

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de istismara uğrayan çocukların tanı öncesinde sıklıkla acil servise getirildiği fakat acil servislerde tanı alamadığı belirtilmektedir. ⁽¹⁰⁸⁾ Bu

çocukların istismara yönelik değerlendirme yapılmadan gönderilmeleri sonucunda ileride %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ciddi hasara maruz bırakıldığı belirlenmiştir.⁽¹⁰⁹⁾

Yaralanan çocuklarda en sık yapılan hatalardan birisi çocukların yaralarının tedavi edilerek fiziksel istismar olup olmadığı belirlenmeden evine gönderilmesidir. Bu çocuklarda mutlaka fiziksel istismar ekarte edilmeye çalışılmalı, çocuklara fiziksel istismar tanısı konduğunda da ruhsal destek yanı sıra çocukla ilgili tedbir kararları için Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne ve çocuk hakimine veya çocuk mahkemelerine, çocuk ağır ceza mahkemelerine başvurulmalıdır.

2.6.8. Fizik Muayene

Fizik muayene yaralanmanın tedavisi ve tanısının konulması, çocuğun psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve tedavisi, saptanan bulguların kaydedilmesi ve ayırıcı tanıya gidilmesi, adli bildirimin yapılarak hukuksal sürecin başlatılmasını içermelidir.⁽¹⁰²⁾

Fizik muayeneden önce çocukla tanışmanın gerçekleşmesi ve güven ortamının kurulması gereklidir. Muayenenin nasıl yapılacağı ve aşamaları hakkında bir bilgilendirme yapılmalı, ortam tanıtılmalı, aydınlatılmış onamı alınarak çocuğun gerginliğini atması, muayeneye ve karar verme sürecine katılımı sağlanmalıdır. Öykü alınırken aktarılmayan, ya da eksik anlatılan durumlar olabileceği düşünülerek sadece yaralanmaya yönelik olmayan tam bir fizik muayene yapılmalı ve elde edilen bulgular eksiksiz olarak kaydedilmelidir. Burada çocuğu muayene eden ilk ve belki de tek hekim olunabileceği unutulmamalı, tüm lezyonlar özellikleri ile ayrıntılı olarak tariflenmeli, görsel olarak da kaydedilmelidir. Ayrıca muayene esnasında çocuğun profesyonellerce tekrar tekrar travmatize edilmemesine de dikkat edilmesi gerekmektedir. Muayene esnasında tüm vücudun eksiksiz olarak incelenmesi amacıyla giysilerin tamamen çıkartılması sağlanmalı, çocuk bundan rahatsız oluyorsa bölüm bölüm çıkartılarak ilerlenmelidir. Çocuğun boy ve kilo persantilleri not edilerek büyüme ve gelişme geriliği sorgulanmalı, var ise etiyolojiye yönelik araştırma yapılmalıdır. Genel olarak hijyen durumu da incelenmeli, diş ve tırnak bakımı kaydedilmelidir. Bu aşamalarda ihmal de akıla getirilmeli, ihmalin fiziksel istismarla birlikteliği değerlendirilmelidir.^(102, 109, 110)

Fizik muayenede vücutta görülen tüm travmatik lezyonlar yeri, boyutu, şekli, rengi, bir alet ile yapılmış şekilde olup olmadığı, kenar özellikleri, açıları, birbirlerine göre olan

konumları ile ayrıntılı olarak tariflenmeli ve mümkünse de fotoğraflanmalıdır.

Fotoğraflamanın mümkün olmadığı durumlarda vücut diyagramları üzerinde işaretlemeler yapılmalıdır. Travmatik bulguların değerlendirilmesinde;

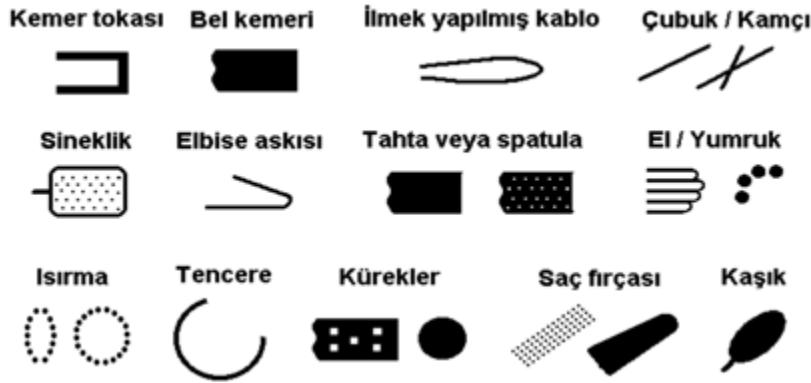
- Lezyonların aktarılan öykü ile uyumlu olup olmadığı, açıklanmakta güçlük çekilen yaralanmaların olup olmadığına,
- Lezyonların çocuğun yaşı ve gelişim basamakları ile uyumlu olup olmadığına,
- Lezyonların ayrıntılı özellikleri, birbirlerine göre konumlarına,
- Lezyonların lokalizasyonları ve vücudun çıkıntılı bölgelerinde olup olmadığına,
- Lezyonların bir nesne ile oluştuğunu düşündürecek şekilde olup olmadığına,
- Lezyonların hangi iyileşme aşamasında oldukları, hangi zamanlarda oluştuğu ve renkleri,
- Lezyondaki kanama, kabuklanma, iltihaplanma, nedbeleşme gibi doku reaksiyon bulgularının varlığına dikkat edilmelidir.⁽¹⁰⁰⁾

2.6.9. Fiziksel Bulgular

Fiziksel istismarın en sık görülen şekli dayak olsa da çimdikleme, tokat, yumruk, tekme, sarsma, itme gibi bir alet kullanılmadan gerçekleştirilebileceği gibi tava, hortum, sopa, sigara, sıcak su, kemer, gibi bir alet kullanılarak da gerçekleştirilebilir. Bu nedenle klinik bulgular çok değişken olup tüm vücut yaralanabilir. En sık olarak ise deri yaralanmaları, iskelet sistemi yaralanmaları ve merkezi sinir sistemi bulguları görülür.^(98, 99,109, 111,112)

Deri Bulguları: Fiziksel istismarda en sık gözlenen bulgu deri yaralanması, en sık gözlenen deri yaralanması ise ekimozlardır. Fiziksel istismarda görülen deri yaralanmaları ekimoz, yanık, sıyrık, ısırık izi, saç kaybı, laserasyon ve kemer, cetvel gibi cisimlerle oluşturulmuş diğer şekilli deri yaralanmalarıdır.

Resim 2.1. Bazı Cisimlerin Deride Bıraktığı izler



Koç, F.; Halıcıoğlu, O.; Akşit, S., “Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür?”, The Journal of Pediatric Research, 2014; 1(1):1-5.

Fiziksel istismara bağlı lezyonlar tüm vücutta görülebilmese rağmen en fazla karın, göğüs, sırt, baldır, genital bölge, yüz, baş, boyun, üst dudak, damak ve gözlerde olur. Kaza sonucunda oluşan lezyonlar ise daha ziyade kemiğin deriye yakın olduğu alt bacağın ön yüzü, diz, dirsek gibi vücut bölgelerinde oluşur. Baş-boyun bölgesinde görülen lezyonların zigomatik kemik, mandibula gibi kemiğe uyan bölgede değil de yanak gibi yumuşak dokulardan yoğun bölgelerde görülmesi istismarı düşündürür.^(113, 114)

Saç çekerek cezalandırma sonucu saçlı deride bölgesel kellikler, kanama alanları, kulaklarda çekmeye bağlı ekimoz ve yırtılmalar görülebilir. Isırmanın şiddetine ve ısırılan dokunun lokalizasyonuna göre morluk, sıyrık ya da laserasyon şeklinde ısırık izleri oluşabilir. Fiziksel istismarda ısırık izleri vücudun her yerinde görülebilmese rağmen sıklıkla kollar, el sırtı, yanak, omuz, kalça ve karında görülür.⁽¹¹⁵⁾ Bu izlerin çocuğun kendisi tarafından meydana getirilemeyecek bölgelerde görülmesi ve boyut olarak çocuğun dişleri ile uyumlu olamayacak büyüklükte olması istismarı akla getirir.⁽¹¹⁶⁾ Isırık izlerinin büyüklükleri ve şekli de önemlidir. Evdeki kedi köpek gibi evcil hayvanların ısırıldığı, kardeşi tarafından ısırıldığı iddia edilebilir. Çocuk, hayvan ve erişkine ait ısırık izi ayırımında diş genişliği ve diş aralarındaki mesafeden faydalanılabilir.⁽¹¹³⁾ İnsanda üst çenedeki iki köpek dişi arası mesafe 2,5-4 cm arasındadır. Eğer çocuktaki ısırığın köpek dişleri arasındaki mesafe 2,5 cm’den küçükse ısırığın bir çocuk tarafından, 3 cm’den küçükse ısırığın çocuk veya genç erişkin tarafından, 3 cm’den büyük ise ısırığın erişkin tarafından meydana getirildiği düşünülmelidir. Ayrıca ısırık izlerinin merkezinde hasar bulunmaması fiziksel istismarı, merkezde emme sonucu peteşilere rastlanması cinsel istismarı düşündürür. ^(113, 117,187)

- **Ekimozlar:** Yumuşak dokuda oluşan doku içi kanama olan ekimozlar çocuğun fiziksel istismarında en sık görülen lezyondur. Koyu kırmızı renkte olan kapiller kan oksijenin azalması nedeniyle koyulaşır. Başlangıçta koyu kırmızı renkte olan ekimozlar da oksijenin azalması ile birlikte 3-7. günlerde mor-kahve rengine dönüşür. Hemoglobinin safra pigmentleriyle birleşmesi ile 7-10. günler arasında yeşil renge, 10-14. günde ise sarı renge dönüşerek kaybolur. Bu renklerin değişim aşamaları sayesinde ekimozların oluşum zamanı hakkında fikir yürütmek mümkündür. Ayrıca vücuttaki farklı ekimozların aynı zaman dilimi içerisinde oluşup oluşmadıkları hakkında da bilgi edinilebilir. Bu da bizi travmanın sürekliliği konusunda uyarabilir. Ayrıca ekimozların yaşları ile anlatılan hikayenin oluş zamanının uyumluluğu da değerlendirilebilir.⁽¹¹⁸⁾

Vücuttaki değişik yerlerde olan çok sayıda ekimoz, fiziksel istismar şüphesi uyandırır ve oluşum zamanları aynı ise ve çoğunlukla kemiğin deriye yakın olan bölgelerinde lokalize olmuşlarsa yuvarlanarak düşme şeklinde kazalar da düşünülmelidir. Emekleyemeyen bebeklerdeki ekimozun varlığı, hareket edemeyen bebeklerde birden fazla ekimozun varlığı, gövde, kulak, boyun veya kalçalardaki ekimozlar, şekilli ekimozlar, ısırgına bağlı ekimozlar fiziksel istismar açısından şüphe duyulmasına neden olur.⁽¹¹⁹⁾ Kazara oluşan ekimozlar tipik olarak cildin çıkıntılı kemik yüzeylerini örttüğü diz, dirsek, tibia ön yüzü, el sırtı ve alın gibi bölgelerde görülmektedir. İstismar nedeniyle oluşan ekimozlar ise sıklıkla baş-boyun bölgesinde görülse de bel, kalça, uyluk ön yüzü, diz arkası ve ön kolda görülebilir. ^(120, 121) Erişkinin çocuğu sallamak amacıyla tuttuğu kol ve bacak çevresinde, aletle vurma sonucu kol ve bacak dış kısmında, tokat atma ile ağız çevresi ve yanaklarda, zorla yemek yedirmeye bağlı olarak ağız kenarında, parmak basısı nedeniyle karın ve boyunda ekimozlar görülebilir.^(112,113, 117) Ekimozların aynı zamanda kanama diatezi bozukluklarının da en sık belirtilerinden birisi olması nedeniyle fiziksel istismar tanısında hatalar yapılabileceği göz ardı edilmemelidir.

Ekimozlarda ayırıcı tanı için;

- Ekimozların lokalizasyonu,
- Vücudun çıkıntılı bölgeleri dışında olup olmadığı,
- Vücudun çıkıntılı bölgelerinde olup olmadığı
- Bir nesne ile olduğunu düşündürecek şekilde(şekilli) olup olmadığı,

- Farklı renklerde olup olmadığı,
- Aktarılan öykü ile uyumlu olup olmadığı,
- Yaralanmayı oluşturan öykünün çocuğun gelişimi ile uyumlu olup olmadığı,
- Açıklanmakta güçlük çekilen yaralanmalar olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.

-Sıyrıklar: Yürüyemeyen çocuklarda görülmesi ve belirli bir şekil oluşturacak şekilde görülmesi istismar açısından uyarıcıdır. Yüzde dudakta ve ağız içinde görülen sıyrıklar tokat ya da yumruk atılması sonucunda oluşabilir.⁽¹¹²⁾

Sıyrıklar ayrıntılı olarak tarif edilmelidir. Lokalizasyonu, boyutları, derinliği, yönü, sıyrık yüzeyinde yabancı cisim olup olmadığı belirlenmelidir. Bu özellikleri ile de aktarılan öykü ile uyumlu olup olmadığı yorumlanmalıdır.

-Laserasyonlar: Ağız bölgesine tokat atılması frenulumlarda yırtılmaya neden olabilir. Ağıza yumruk atılması nedeniyle dudakta kesik benzeri kenarları düzensiz künt lezyonlar görülebilir, dişlerde ve yüzde kırıklar oluşabilir.^(98, 117) Vücudun diğer bölgelerinde de sert ve künt cisimin direkt travması sonucu olabileceği gibi düşme ve çarpa sırasında da olabileceği düşünülerek yaralanmanın öykü ile uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

-Oral bölge yaralanması: Çocuk istismarı yaralanmalarının %65-75'i baş ve boyun bölgesinde görülürken bunların neredeyse yarısı yüzde ya da oral kavite içerisinde görülür. Bu nedenle istismar ve ihmal şüphesi bulunan tüm olgularda ağız içi ve çevresi ayrıntılı olarak muayene edilmelidir. ^(122,123,124) Ağız ve çevresi iletişim ve beslenme açısından önemli bir bölge olduğu için istismarın odağı haline gelmektedir.⁽¹²⁵⁾ Çocuğun zorla beslenmeye çalışılması nedeniyle üst dudak, frenulum ve ağız tabanında ekimoz ve laserasyonlar, dişlerde kırıklar görülebilir.⁽¹²⁶⁾

-Yanıklar: Yanıklar özellikle 5 yaş altındaki çocuklarda önemli bir acil servis başvuru sebebidir.⁽¹²⁷⁾ Yanıklar, ciddi çocuk istismarı vakalarının %10-%20'sinde görülmektedir.⁽¹²⁸⁾ Yanık ünitesine yatırılan çocuklardan %35'inin ise istismar tanısı aldığı bildirilmiştir.⁽¹²⁹⁾

Yanıklar kaza, ihmal veya istismar sonucu meydana gelebilmektedir. İstismar nedeni yanıklar en sık 3 ve daha büyük yaşlarda, kaza kökenli yanıklar ise en sık 2 yaşına kadar görülürler.⁽¹³⁰⁾ Kazara sıcak bir cisimle temas edilmesi sonucunda oluşan yanıkların

boyutları küçük, kenarları ve derinlikleri düzensiz ve asimetrik şekilde görülürken istismar nedeniyle sıcak bir cisimle temas sonucu oluşan yanıklarda daha düzenli ve cismin şekli daha düzgün sınırlı olarak izlenir. İhmal sonucunda gözetimsiz kalan çocukların sıcak sıvıları kendi üzerine çekmesi nedeniyle oluşan yanıklarda sıvıların aşağıya doğru akması ve aktıkça soğuması kaynaklı yanığın proksimalinde yanık daha şiddetli ve geniştir.⁽⁹⁰⁾ 5 yaş altı çocukta kazara dökülme paternine uymayan haşlanma yanıkları, sıcak suya batırmaya bağlı olarak oluşmuş her iki alt ekstremit ve perineyi simetrik olarak etkileyen çorap- külot tarzı, belirgin seviyelenme gösteren haşlanma yanıkları, bir nesneye ait olan şekilli yanıklar(ütü, maşa, kaşık, çatal, saç düzleştirici), sigaraya bağlı 8 ile 12 mm çapında, düzgün sınırlı, dairesel, ortası çökük 3. derece yanık alanları oluşması fiziksel istismar açısından önemli bulgulardır.⁽¹³¹⁾ Fiziksel İstismarda yaygın olarak görülen yanık şekli alt ekstremit, perine, kalçada sıcak suya batırmaya bağlı oluşan yanıklardır.

Sigara yanıkları daha çok vücudun elbisesiz bölgelerinde görülürken derine ulaşmalarından ötürü iz bırakarak iyileşir. Sıcak su ile haşlanma, daldırma tarzı yanıkların genel olarak çocukları cezalandırma amacıyla ve tuvalet eğitimi esnasında görüldüğü bilinmektedir. Daldırma tarzındaki yanıklarda sağlıklı deri ile yanmış deri arasında net bir hat gözlenir. Her iki el ve ayaktaki simetrik eldiven çorap tarzı yanıklar banyo esnasında oluşturulmaktadır.⁽⁶⁶⁾ Bebek bezleri haşlanma yanıkları açısından koruyucudur. Bu nedenle kalça ve uyluk üst kısmında görülen yanıkların kaza nedenli meydana gelme ihtimali azdır.⁽¹⁰⁹⁾

Yanıklarda ayırıcı tanıda;

- Haşlanma yanıklarında büllerin oluşması,
- Temas yanıklarının sınırları belli kuru lezyonlar şeklinde görülmesi,
- Sürtünme yanıklarının kemik yapının olduğu yerlerde daha sık görülmesi,
- Kimyasal yanıkların renk değişikliği, sekel oluşturabilmesi,
- Radyasyon yanıklarının eritem ve büller oluşturmaları, elbisesiz kısımlarda görülmesi değerlendirilmelidir.

İskelet Sistemi Lezyonları: Fiziksel istismar olgularının yaklaşık olarak 1/3'ünde kırık olduğu bildirilmiştir. Fiziksel istismarda iskelet sistemi lezyonu saptanması bize istismarın

daha ciddi boyutta olduğunu göstermektedir.⁽¹³²⁾ Yapılan araştırmalarda 3 yaşından küçük çocuklardaki kırıkların %30'unda, 1 yaşından küçük çocuklardaki kırıkların %75'inde fiziksel istismar bildirilmiştir. ⁽¹³³⁾ Fiziksel istismar şüphesinde iskelet sistemi bulgularını ortaya koymak amacıyla iskelet sistemi taraması yapılmalıdır. Babygram ya da bodygram denilen tüm iskeletin tek bir grafi ile görüntülendiği filmler önerilmez.^(134,117,135)

Fiziksel istismardan şüphe etmemize neden olan kırıklar;

- Metafizyel köşe kırıkları,
- Kaburga kırıkları(özellikle posterior kot kırıkları), sternum, skapula kırıkları ya da spinöz proçes kırıkları,
- Henüz yürüyemeyen bebekte uzun kemik kırıkları,
- Değişik iyileşme aşamalarında birden çok kırık,
- Bilateral akut uzun kemik kırığı,
- Şiddetli travma öyküsü olmamasına rağmen vertebra gövde kırıkları ya da subluksasyonu,
- 36 aydan küçük bebekte parmak kemik kırıkları, epifiziyel ayrışma, 18 aydan küçük bebekte ağır kafatası kırıklarıdır.⁽¹³⁶⁾

Subperiostal yeni kemik oluşumları, klavikula kırıkları, uzun kemiklerde diyafiz kırıkları, lineer kafatası kırıkları fiziksel istismara düşük derecede özgünlük gösterir.⁽¹³⁵⁾ İstismarda görülebilen kırıklar çocuğun sarsılması, çekilmesi, çarpılması ya da ekstremitenin tutularak çevrilmesi sonucu oluşabilir. Sallanma ya da bükülmeye bağlı olarak metafizde avülsiyonlar görülebilir. Uzun kemik diyafiz kırıkları istismarda pek görülme de infantlarda torsiyon sonucu olarak spiral diyafiz kırıkları görülmektedir. Metafizyel ve epifizyel lezyonlar istismarda sık görülseler de diyafizin transvers ve spiral kırıkları da istismarda görülebilmektedir. Kırıklarda kırığın tipine, olduğu vücut bölgesine, çocuğun yaşına, kırığın meydana gelme şekline, yaralanmanın mekanizmasına, çocuktaki kronik hastalıklara, eski kırık öyküsü olup olmadığına dikkat edilmelidir. İskelet sistemi lezyonlarında doğru radyolojik görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalı, gerek

görülürse ortopedik ve radyolojik konsültasyon istenmelidir. ⁽¹³⁴⁾ İstismar edilen bebeklerde en sık metafizyel kaburga kırıkları ve kafatası kırıkları görülmektedir.⁽⁹⁰⁾

Çocuğun fiziksel istismarında unilateral ya da bilateral multiple kot kırığı sıklıkla rastlanılan bir bulgudur. Kırıkların eski ya da yeni oluşu farklı radyolojik görüntüler oluşturur. Angulus costaya yakın yerleşimli eski kırıklarda bir ya da iki paravertebral alanda vertikal uzanım gösteren birden fazla kallus formasyonu görülür. Bu şekildeki multiple posterior kot kırıkları yetişkinlerin çocuğu koltuk altından tutup her iki taraftan basınç uygulaması ile meydana gelmektedir.⁽¹¹⁷⁾

Tablo 2.1. Fiziksel İstismarı Düşündürmesi Gereken Kırıklar

Kırık Tipi ve Yerine Göre İstismarı Düşündürmesi Gereken Kırıklar	
İstismarı düşündüren	Spesifik değil
Metafiz kırıkları(Köşe, kova sapı)	Klavikula
Spiral/oblik kırıklar	Uzun kemik diyafiz kırıkları
Kot kırıkları(Posterior)	Lineer kafatası kırıkları
Vertebra	
Skapula	
Sternum	
Kompleks kafatası kırıkları	

Koç, F.; Halıcıoğlu, O.; Akşit, S., “Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür?”, The Journal of Pediatric Research,2014; 1(1):1-5

Tablo 2.2. İskelet Taramasında Çekilmesi Gereken Grafiler

İskelet Taramasında Çekilmesi Gereken Grafiler	
Ayaklar(PA, AP)	Göğüs (AP, lateral)kotsalar, göğüs ya da üst lumbar vertebra
Ön kol(AP)	
Eller(PA)	Pelvis(AP), orta lumbar vertebra
Humerus(AP)	Lumbosakral vertebra(lateral)
Femur(AP)	Servikal vertebra (AP ve lateral)
Tibia-Fibula-Bilek(AP)	Kafatası kemikleri (frontal ve lateral)

Koç, F.; Halıcıoğlu, O.; Akşit, S., “Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür?”, The Journal of Pediatric Research,2014; 1(1):1-5

Farklı zamanlarda oluşan kırıklar fiziksel istismardan şüphelendirmelidir. İskelet taraması 2 yaşın altında fiziksel istismardan şüphelenilen her olguda eski kırıkların da belirlenmesi amacıyla mutlaka yapılmalıdır.⁽¹³⁷⁾ Birden fazla ve farklı zamanlarda oluşan kırıklarda, kırık tipi aktarılan öykü ile uyumsuz olduğunda ya da istismar lehine olabilecek radyolojik bulgular saptandığında kırığın radyolojik olarak ilk başlarda izlenemeyebileceği düşünülerek 10-14 gün sonra tekrar iskelet taraması yapılmalıdır.⁽¹³⁸⁾

Kafatası Lezyonları: Kafatası kırıklarında fiziksel istismar oranı %30 olarak belirtilmiştir.⁽¹³⁴⁾ Fiziksel istismarda en sık mortalite nedeni kafa travmalarıdır. Kafatası kırıkları fiziksel istismarda çok sık gözlenmekte olup, en sık oksipitoparietal bölgede görülür ve genellikle subdural kanamayla birlikte görülmektedir. ⁽⁶⁶⁾ Çocuklarda en sık görülen kafatası kırığı ise lineer kırıklar olup bu kırıklar istismara ya da kazaya bağlı olarak oluşabilmektedir. Birden fazla olan komplike kafatası kırıkları ile çökme kırıkları sıklıkla çocuk istismarını düşündürmektedir.⁽¹³⁹⁾

İstismar nedeniyle meydana gelen kafatası kırıkları genellikle multiple, bilateral, kompleks ve depresyon tipinde olup birden fazla kemik tutulumu söz konusudur. Kaza nedenli oluşan kafatası kırıkları ise genellikle tek, dar ve lineerdir.⁽¹⁰⁹⁾ Diğer bulguların yokluğunda basit lineer kafatası kırıkları kısa mesafelerden düşmekle açıklanabilir (%1-2) ancak bu kısa mesafeden düşme durumlarında beyin hasarı oldukça nadirdir.⁽⁹⁰⁾ Yapılan araştırmalarda 150 cm'den daha az yüksekliklerden düşen çocuklarda ciddi kafa travması bulgularının oluşmasının zor olduğu belirtilmiştir.⁽¹⁶⁵⁾ Bebeklerde kafa travması genellikle düşme, kafasına direkt vurma ya da çocukların sertçe sallanması veya sarsılması nedeniyle oluşur.⁽¹⁴⁰⁾

Çocukların kafatası erişkinlere göre esnek ancak ince yapıdadır, bu yapı da bazı darbeleri absorbe ederek kırığı önleyebilir. Kafatası erişkinlere göre çok daha ince ve beyin büyüklüğü ile ağırlığı postkranial hacme göre de büyüktür. Bebeklerde kafa vücuda oranla çok büyük buna karşılık boyun kasları daha az gelişmiş yapıdadır. Bebeklerin kafasına hakim olması güçleşir. Bebeğin sarsılması sonucunda beyin kafatası içinde fleksiyon ve ekstansiyon hareketini yapar. Bu sallama hareketi ile beynin subdural alan içindeki hareketi gerilmeye neden olarak korteksten dural venöz sinüse uzanan köprü venlerin yırtılması ile subdural kanamaya neden olur.⁽⁶⁶⁾

Göz Yaralanmaları: Fiziksel istismarda göz yaralanmaları göz çevresinde ödem gibi hafif bir bulgu ile görülebileceği gibi göz küresinin parçalanması gibi çok ağır bir formda da olabilir. Fiziksel istismarda göz yaralanması görülme sıklığı %40'tır.⁽¹⁴¹⁾ Çocuğun fiziksel istismarında travma nedeniyle gelişebilecek bütün göz bulguları görülebildiğinden burada yaralanma öyküsü ile yaralanmanın büyüklüğü arasındaki uyumsuzluk çok önemlidir. ⁽¹⁴²⁾

Çocuğun fiziksel istismarında görülebilen göz bulguları retina ve vitreus hemorajileri, retina dekolmanı, papil ödem, optik atrofi, lens subluksasyonu, travmatik katarakt, travmatik midriyazis, kornea laserasyonu, göz kapağı laserasyonu, orbita çevresinde ödem ve ekimoz, nistagmus, şaşılık, proptozis, hifema, orbita duvar fraktürleri, kraniyal sinir felçleridir.⁽¹⁴³⁾ Rakun eyes kafa travmasını gösterebilir. Bu nedenle ayırıcı tanısı için istismar şüphesi olan çocuklarda mutlaka ayrıntılı göz muayenesi yapılmalıdır.

Kulak Yaralanmaları: Fiziksel istismarda dış kulakta hasar sık gözlenir. Tokat atma kulak çekme gibi nedenlerle kulak yaralanmaları görülmektedir. Tokat sonucunda kulak sayvanında ekimozlar, laserasyonlar görülebilmektedir. Kulağa uygulanan ciddi

travmalarda kanama, kızarıklık, şişlik görülebilir ve timpanik membran yırtılmasına neden olarak işitme kaybı ve enfeksiyonlara yol açabilmektedir. (117)

Teneke Kulak Sendromu(Tin Ear Syndrome) belirgin tek taraflı kulak morarması, aynı tarafta beyin ödemi, tek taraflı subdural kanama ve hemorajik retinopati bulguları ile beraber görülür. Şiddetli sarsma ve darbe sonucu oluşan bir fiziksel istismar türüdür.(99)

İç Organ Yaralanmaları: Batın travmaları istismara uğrayan çocuklarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Küçük çocuklar nispeten büyük ve gevşek karın kaslarından dolayı özellikle savunmasızlardır.(90) Fiziksel istismarda kafa travmalarından sonra en sık 2. ölüm nedeni batın travmaları sonucu oluşan iç organ lacerasyonları ve rüptürleridir. Karaciğer en sık hasar gören organdır. Bağırsak hasarı ise en sık duodenum ve jejunumda görülmekte olup rüptür ile beraber hemoperitoneum görülebilir. (110,117)

Göğüs travmaları nedeniyle çok sayıda-multiple kaburga kırıkları oluşabilir, bu kırılan kaburgaların akciğer, karaciğer ya da kalbe batması nedeniyle hematomdan pnömotoraksa kadar çeşitli lezyonlar görülebilir.

Karın ve göğüste iç organ yaralanmaları haricen herhangi bir lezyon oluşmaksızın da meydana gelebilmektedir. Batın kaslarının gelişmemiş olması nedeni ile batına yapılan basınçta iç organlar batın ile omurga arasında sıkışarak hasar alabilmekte, aynı şekilde göğse yönelik basılarda da kaburgaların yeterince sertleşmemesi nedeni ile basınç ile göğüs organları da basınç noktası ile omurga arasında sıkışarak hasara uğrayabilmektedir. Bu tür yaralanmalar harici travma olmaması nedeni ile atlanabilmekte, çocuk için ölümcül sonuçların doğmasına hekim açısından ise malpraktis iddialarının doğmasına neden olabilmektedir.

2.6.10. Ruhsal Muayene

Tüm istismar vakalarının ruhsal olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ruhsal değerlendirme çocuğun travmada kaynaklı ruhsal etkilenimini azaltmak ve ayırıcı tanı açısından büyük bir önem taşır. İstismara uğrayan çocuklar kimi zaman adli sürecin içerisindeyken ilgili raporların alınması aşamasında ruhsal olarak muayene edilirken kimi

zaman da istismarın yarattığı ruhsal sorunlar nedeniyle ilk olarak ruhsal muayeneye başvururlar ve bu muayene esnasında istismara ait ilk ipuçlarını verebilirler. (144)

Fiziksel istismardan şüphelenilen olgularda mutlaka ayrıntılı ruhsal değerlendirme yapılmalıdır. Çocuğun vücudundaki fiziksel bulgular haricinde çocuktaki davranışsal ve ruhsal değişiklikler, bilişsel problemler, ders başarısında düşme, büyüme ve gelişme geriliği gibi bulguların da çocuğun fiziksel istismarı açısından uyarıcı olabileceği unutulmamalıdır. (101,145,146)

Ruhsal değerlendirme sürecinde klinik görüşmeler, psikometrik inceleme, çocuğun yakınlarından ve çevresinden alınan bilgilerden ve çocuğun davranışlarının gözlemlenmesinden faydalanılabilir. (147) Ayrıca bu aşamada çocuğun gelişim basamaklarına ve kendini ifade edebilme yeteneğinde göre oyun seansları, resim çizimleri, anket formları ve klinik değerlendirme ölçeklerinden yararlanılabilir. Bunlar ruhsal belirtilerin şiddetini belirlemek için de kullanılabilir. (148)

Görüşme içerisinde çocuğun kendisini güvende hissettiği bir ortam yaratılarak çocuğun gelişimsel öyküsü, yaşanan istismar öncesi psikososyal gelişim düzeyi ve olası geçmiş travma varlığı da araştırılmalıdır. Yaşanılan fiziksel istismar olayı ile alakalı olarak Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu(TSSB), Depresif Bozukluk ya da Uyum Bozukluğu belirtilerinin varlığı, belirtilerin şiddeti ve bu belirtilerin işlevselliğini ne ölçüde etkilediği belirlenmelidir. Yaşanılan bu süreçte ders başarısında düşme, öğrenme ve dikkat problemleri, bilişsel işlevlerde bozulma, yetişkinlerle ve ailesi ile fiziksel temastan korkma, etrafındakilere, kendisine zarar verme, saldırgan tavırlar, içe kapanma, çevresindeki insanlarla olan ilişkilerinde zorlanma, uyku ve iştah sorunları yaşama, gecikmiş dil gelişimi, gelişim basamaklarında gerileme, ağlama ve öfke patlamaları, idrar veya gaita kaçırma, evden kaçma, suça yönelme, madde kullanımı, intihar eğilimi gibi belirtilerin varlığı sorgulanmalıdır. Bu bulguların varlığı bize çocuğun istismara uğramış olma ihtimalini düşündürür. Ayrıca yaşanan ev ortamı ve aile içi ilişkiler de mutlaka değerlendirilmelidir. (148, 66)

Yaşadığı evde şiddet gören ergenlerin evden kaçma, çeteye karışma, gebe kalma gibi yüksek riskli davranışlara olan yatkınlığı bildirilmiştir. (149) Fiziksel istismara uğrayan çocukların diğer istismar türlerine uğrayan çocuklara kıyasen daha fazla karşıt olma karşı gelme ve davranım bozukluğu tanısı aldığı gösterilmiştir. (150,151) Tutuklu ergenlerle yapılan

bir araştırmada çocukluklarında fiziksel istismara uğrama öyküsünün topluma göre 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür.⁽¹⁵²⁾

Çocuğun fiziksel istismarı şüphesinde ruhsal değerlendirme hem ayırıcı tanı açısından fayda sağlarken hem de çocuktaki oluşmuş ve oluşabilecek ruhsal ve davranışsal bozuklukların takip ve tedavisini sağladığından mutlaka atlanmamalıdır.

2.6.11. Sarsılmış Bebek Sendromu(Shaken Baby Syndrome)

Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS) fiziksel istismarın özel bir formu olup istismar nedenli çocuk ölümlerinin ya da yaşamı tehdit eden sonuçların %95'inden sorumludur. ⁽¹⁵³⁾ Bebeğin bakımından sorumlu kişilerin bebeğin sürekli ağlaması gibi nedenlerle gövdesinden ya da kollarından tutarak sallaması ile beraber beynin subdural alan içindeki hareketi bir gerilim yaratır ve böylece dural venöz sinüse uzanan köprü venler yırtılarak subdural kanamaya neden olmaktadır. Bu durum bebeklerde beynin kafatasını tam olarak doldurmaması nedeni ile basit sarsılmalarda dahi meydana gelebilmektedir. Sarsılmış Bebek Sendromu'nun klasik hasar paterni yaygın tek taraflı veya bilateral subdural kanama, diffüz çok tabakalı retinal kanamalar ve diffüz beyin hasarıdır. Bir travmanın tariflenmemesi ve yaralanmanın dış belirtilerinin az olmasından dolayı tanı koyulması oldukça zordur.⁽¹⁵⁴⁾ Sarsılmış Bebek Sendromu sıklıkla 2 yaş altında görülmesine rağmen 5 yaşına kadar görüldüğü bilinmektedir. Sıklığı yapılan epidemiyolojik araştırmalarda 1 yaş altında 14-33.8/100000 olarak bildirilmiştir.⁽¹⁵⁵⁾

Genellikle bebeklerin ağlaması nedeniyle ebeveynleri tarafından sarsılması/sallanması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu sarsılmaya bağlı olarak da diffüz aksonal hasar ve diffüz çok tabakalı retinal hemorajiler ortaya çıkabilir. Olguların %75-90'ında retinal kanamalar mevcut olup retinal kanamaların tespiti ancak deneyimli bir oftalmologun yaptığı fundus muayenesi sayesinde olmaktadır. Retina ve vitröz sıvı içine kanamalar, kanama dışı retinal bulgular karakteristik bulgular arasında sayılmaktadır.⁽¹⁸⁸⁾ Ayrıca bebeğin göğüs kafesinden sıkıca tutularak sarsılması sonucunda posterior kot kırıkları da bu tabloya eşlik edebilmektedir. Sallanma ile beraber metafizde oluşan hasar nedeniyle metafiz kırıkları da görülebilir. Klinik olarak bebekte keyifsizlik, irritabilite, kusma, nöbet, ateş, beslenmede bozulma, solunumda bozulma(apne, hipoksi), uyku hali, huzursuzluk gibi nonspesifik

semptomlar görüldüğünde sarsılmış bebek sendromundan şüphelenilmeli ve bu doğrultuda değerlendirmeler yapılmalıdır.

Tanıda kot kırıkları, metafiz kırıkları, eski veya yeni kırıkları saptamak amacıyla direkt kemik grafileri, serebral lezyon değerlendirmesi için BT (Bilgisayarlı Tomografi) ve MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) istenilmesi ve göz dibi muayenesinin yapılması önemlidir. Ayrıca ebeveynlerden alınan anamnezin yanıltıcı olabileceği düşünülmeli tanıda istismar mutlaka akla getirilmelidir. Kafada hiçbir yaralanma bulgusu olmaksızın nörolojik bulguların görülmesi, subdural kanama ve retinal kanamaların bulunması tipiktir. Prognoz ağır olgularda oldukça kötü olup SBS görülen olguların 1/3'ü yaşamını kaybederken yaşayanların %60'ı ise gelişimsel ve nörolojik sekeller ile hayatlarına devam etmektedir.^(156,157)

2.6.12. Munchausen By Proxy Sendromu (MBPS)

MBPS diğer adı ile Bakım Veren Yapay Bozukluğu ailenin, özellikle tıbbi bilgisi olan annenin çocuğunda çeşitli belirtiler oluşturarak çocuğu tekrarlayan biçimde, gereksiz tıbbi incelemeler ve tedavi ile karşı karşıya bıraktığı bir çocuk istismarı formudur.⁽¹⁵⁸⁾

Çocuğun bakımını üstlenen kişiler tarafından gereksiz yere defalarca hastaneye başvurusu, gereksiz tetkik, yanlış tanı ve tedavilere maruz bırakılması sonucunda çocukta fiziksel ve duygusal hasarın olduğu ve bazı çocukların bu nedenle öldüğü bilinmektedir. Şiddeti uygulayan genellikle annedir. Çocuk devamlı doktora götürülür, sorumlu kişi çocuğun hastalığına kendisinin yol açtığını inkar eder. Çocuk sıklıkla nöbet, apne, gis kanama, güs kanama, ateş, ishal ve kusma gibi klinik tablolarla hastaneye getirilmektedir. Çocuk bazen bulguların olduğuna dair yalan söylenilerek bazen de bulgular yaratılarak doktora getirilir.^(159,160) Çocuk sorumlu kişiden ayrıldığında hastalığa ait bulgular yok olur. Çocuk sorumlu kişiden ayrılmadıkça da bulgular kaybolmaz.

Tanı koyulması oldukça güç olan bu istismar olgularında mortalite oranları %33 gibi yüksek değerlerde bildirilmiştir. Anlatılan öykü ile klinik bulgular uyumsuzdur. Bu hastalarda kardeşlerdeki mevcut hastalıklar, kardeş ölümleri gibi aile öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Tanı koymanın çok zor olduğu bu sendromda mutlaka multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

2.6.13. Fiziksel İstismarda Laboratuvar İncelemeleri ve Tetkikler

Fiziksel istismarda rutin laboratuvar tetkiklerinin yanında ayırıcı tanı açısından da bazı incelemeler gerçekleştirilebilir. Kanama diatezi bozukluklarına yönelik hematolojik incelemelerin mutlaka yapılması gerekir. Radyolojik değerlendirmelerle de kemik patolojilerinin yerleşimi ve ayrıntılı özellikleri kayıt altına alınır. ⁽⁶³⁾

Fiziksel istismar şüphesinde kırık araştırması yapılırken 5 yaşından küçük çocuklarda tüm vücut taraması gerekliken; 5 yaşından büyük çocuklarda semptomatik bölgelerin grafiplerinin çekilmesi yeterli olacaktır. Tek başına iskelet sistemi taramasının yeterli olmadığı akut kırık, şüpheli bulgular gibi durumlarda sintigrafiden yararlanılabilir ya da iskelet taraması 11-14 gün sonra tekrarlanabilir. İstismar şüphesinin çok fazla olduğu fakat çekilen grafide kırık lehine bulgunun olmadığı durumlar için sintigrafi kullanılabilir. ^(90, 161) Fiziksel istismarından şüphelenilen durumlarda “babygram” veya “bodygram” denilen ve tüm iskeletin tek bir grafiyle görüntülendiği filmler ise önerilmemektedir.

Klinik olarak kafa içi hasar şüphesi varsa Kranial BT, MR veya her ikisi birden kullanılabilir. Sintigrafinin ise kafatası kırıklarında yetersiz olduğu unutulmamalıdır. ⁽¹⁶¹⁾ İç organ yaralanmalarında ise batin ultrasonu kullanılabilir. ⁽¹⁶²⁾

2.6.14. Ayırıcı Tanı

Fiziksel istismardan şüphelenilen çocuklarda kazaların ve benzer bulgularla karışabilecek organik patolojilerin ayırıcı tanıda dışlanması önemlidir. Kaza nedeniyle oluşabilecek yaralanmalarda yaralanmanın yeri ve yaraların özellikleri, yaralanmanın anlatılan hikaye ile oluşma ihtimali değerlendirilmelidir. Ayrıca yaralanmanın meydana geliş şeklinin çocuğun gelişim basamaklarına uygun olup olmadığı ve başka bir yaralanmasının olup olmadığı da kontrol edilmelidir.

Ayırıcı tanıda çocukta ve ailede bulunabilecek kanama diyatezlerinin varlığı sorgulanmalı gerekiyorsa bunlarla alakalı olarak hemogram, periferik yayma, kanama ve pıhtılaşma testleri gibi tetkikler istenmelidir. Boy ve kilo ölçümü yapılarak çocuğun

fiziksel gelişimi değerlendirilmeli, çocukta bulunabilecek Rikets, Osteogenezis İmperfekta, Hipofosfatemi, Osteomiyelit, Menkes sendromu, vitamin eksiklikleri (Skorbut, Raşitizm), kemik displazisi, doğum travmaları, lösemi gibi hastalıklar ayırıcı tanıda akla getirilmelidir. SLE (Sistemik Lupus Eritematozus) , HSP (Henoch Schoenlein Purpurası) gibi çeşitli sistemik vaskülitler, cilt enfeksiyonları ve doğumsal cilt lezyonları, dermatitler ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Göz bulguları ile seyreden travmatik, enfeksiyöz, tümöral ve metabolik süreçler, sepsis, menenjit ve ensefalit, status epileptikus, doğuştan metabolik hastalıklar, spontan intrakranial kanamalar, nontravmatik hidrosefali ve zehirlenmeler akılda tutulmalı ve gerekiyorsa bunlara yönelik olarak dışlayıcı incelemeler yapılmalı, bu hastalıklar açısından aile öyküsü mutlaka sorgulanmalı, ulaşılabiliyorsa geçmiş tıbbi kayıtlar incelenmeli ve gerekiyorsa ilgili branşlardan konsültasyon istenmelidir. Ayrıca ayırıcı tanı açısından çocuğun beslenme ve diyet özellikleri de mutlaka sorgulanmalıdır. (62, 66, 163, 164, 165)

2.6.15. Fiziksel İstismarda Tanı

Fiziksel istismar düşünülen çocuklarda çocuğun tıbbi özgeçmişinin değerlendirilmesi, bilinen kronik rahatsızlıkları, eski hastane başvuruları ve fiziksel istismar risk faktörlerinin sorgulanması açısından faydalı olacaktır. Çocuğun farklı travmatik bulgularla sık hastane başvurularının bulunması, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, fiziksel ya da zihinsel engellilik, DEHB, enürezis, enkoprezis gibi fiziksel istismar risk faktörlerini taşıması ya da çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları poliklinik başvurularının olması fiziksel istismar şüphesini akla getirir. Ayrıca fiziksel istismar ile ayırıcı tanıda karışabilecek hastalıkların sorgulanması açısından da eski tıbbi kayıtların değerlendirilmesi önem arz eder. Polikliniklerdeki yoğun iş yükü sebebiyle geçmiş tıbbi bilgilerin yeterince incelenmemesi istismar olgularının atlanmasına neden olabilmektedir.

Yapılan her türlü değerlendirmeye rağmen tanı koymakta güçlükler yaşanılabilir. Bu nedenle fiziksel istismarda multidisipliner bir değerlendirme yapılmalıdır. Çocuğun adli tıp, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk cerrahisi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog bulunan bir ekiple değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Çocuktaki bulgulara göre diğer uzmanlık alanlarından da görüş alınmalıdır. Çocuğun acil

tedavisi gerçekleştirilip vücudundaki tüm travmatik yaralanmalar tariflendikten sonra bu multidisipliner yaklaşıma ulaşabileceği Çocuk Koruma Merkezleri ve Çocuk İzlem Merkezlerine ulaştırılması uygun bir yaklaşımdır.

Yapılan tedaviler ve değerlendirmeler sonrasında fiziksel istismar olgularına adli bildirim yapılmadan ve fiziksel istismar tanısı konulmadan taburculuk yapılması çocuğun tekrar tekrar istismara uğramasına neden olmaktadır. Adli bildirimin yanı sıra risk durumuna göre tedbir kararları için de Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bildirimde bulunulmalıdır.

İstismar tanısı alan olgular sisteme basit bir yaralanma olarak kaydedilmemelidir. ICD (International Classification of Diseases) tanılarında “Dayak sonrası muayene ve gözlem(Z04.5)”, “Kötü muamele sendromları, diğer(T74.8)”, “Fiziksel kötüye kullanma(T74.1)”, “Yüksek bir yerden düşme, atlama veya itilme(Y30)”, “Çocuğun fiziksel suistimali ile ilgili problemler(Z61.6)” gibi tanımlar fiziksel istismara uğrayan çocuklar için mevcuttur.⁽¹⁰⁰⁾

2.7. Çocuk İstismarının Atlanma Nedenleri

İstismar olgularının atlanma nedenleri arasında hekimin; ebeveynlerin çocuğa zarar verebileceğini düşünmemesi, aklına getirmemesi ve kabul etmek istememesi, çocuğun fiziksel istismarı konusunda yeterli eğitiminin ve bilgisinin olmayışı, aile içi bir meseleye karışmak istememesi, öykü alırken anlatılana inanması ve değerlendirmesini bu ölçüde yapması sayılabilir. Bu nedenle istismarın atlanmaması için aslında öncelikle istismarın akla getirilmesi gerekmektedir.⁽¹⁶⁶⁾

Çocuk istismarının en önemli halk sağlığı problemlerinin başında gelmesine rağmen bu konudaki sayısal verilerin kısıtlı olması istismara karşı sağlıklı yaklaşımlar geliştirilebilmesini de engellemektedir. Çocuk istismarının adli mercilere yeterince yansımaması ve gizli kalmasının nedenleri arasında; adli bildirimin yapılmaması ve bildirimden çekinme, kanıtların kaydedilmemesi, hekim ve diğer sağlık personeli, öğretmen, psikolog, polis, sosyal hizmet uzmanı, hukukçuların multidisipliner çalışma sistemini benimseyemeyişi ve ülkelerin yasal sistemlerindeki boşluklar sayılabilir.⁽⁶⁶⁾

2.8. Adli Bildirim

TCK 280. Maddesine göre 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. Bu madde ile sağlık çalışanları fiziksel istismardan şüphelendiklerinde adli bildirim yapmakla yükümlüdür.⁽⁴⁾

Adli bildirim istismar tanısının konulmasında ya da tanı konulmаса da istismar şüphesi varlığında yapılmalıdır. Yani adli bildirim için tanı konulması şartı yoktur. Ayrıca adli bildirim yapılırken ailenin ve çocuğun rızasının alınması da şart değildir ancak adli bildirim yapılacağına dair aileye bilgi verilmesi uygun olur. Bütün bunlara rağmen sağlık çalışanlarının adli bildirim oranlarının düşük olduğu bilinmektedir. ^(167,168) Çocuklarla çalışan hekimlerin çoğu zaman nasıl bildirim yapılacağını bilmediği ifade edilmektedir.⁽¹⁶⁹⁾

Hekimlerin adli bildirimden çekinme nedenleri arasında dava edilme ya da karşılık görme korkusu, çocuk koruma servislerine olan güvensizlik, istismarın klinik kanıt veya bildirilmiş kanıtının yetersiz olduğu düşüncesi, çocuğun ya da ailenin zarar göreceği endişesi yer alabilmektedir. Çocuk istismar olgularının bildirimindeki primer amacın çocuğun korunması olduğu düşüncesi göz ardı edilmektedir. Çocuktaki fiziksel istismarı düşündüren tüm bulguları içerir bir rapor yazılarak Cumhuriyet Başsavcılığı'na bildirim yapılmalıdır. Yapılan bu bildirimin sonucunda yürütölen adli süreç sonrasında çocuğun istismara uğramadığı ortaya çıksa da hekimin yaptığı bu adli bildirimden dolayı bir yükümlölüğü bulunmaz. Bu nedenle hekim tanıyı netleştiremediği durumlarda adli bildirim yapmaktan çekinmemelidir. Unutulmamalıdır ki sağlık çalışanları hiçbir suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir, sorumlulukları şüphelendikleri durumları bildirmek üzerinedir. ^(100, 170)

Çocuk ve ergen hastalar için adli bildirim tartışmasız olarak çocuğu koruyucu bir yaklaşımdır. İstismarcıların genellikle çoğunun ailesinden ya da tanıdık biri olduğu bilinir. Bu nedenle muayene sonrasında hekim çocuğa yönelik riskleri değerlendirerek çocuğun yüksek yararı kapsamında uygun gördüğü durumlarda çocuğun hastaneye yatışına karar verebilir. Çocuk için gerekli olduğu düşünüölen durumlarda koruma veya sağlık tedbiri

kararı için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü ve çocuk mahkemesine başvurulabilir. (171,172)

2.9. Sosyal İnceleme Raporları ve Öğretmen Geri Bildirimleri

Sosyal İnceleme ile çocuğun kişilik özellikleri, ailenin yapısal özellikleri, çocuğun yaşadığı çevre, yaşanılan bölgenin sosyo-ekonomik durumu, ailenin kültürel durumu, ailenin komşularla ve akrabalarla olan iletişimi gibi birçok konuda bilgi edinilerek bunları içeren bir rapor düzenlenir.⁽¹⁰¹⁾ Öğretmen geri bildirimleri ile ise çocuğun okula olan uyumu, arkadaşları ile olan iletişimi, ders başarısındaki değişiklikler, ruhsal ve davranışsal özellikleri, ailenin çocuğa olan ilgisi gibi pek çok konuda bilgi edinilebilir.⁽¹⁰⁰⁾ Bu sayede bu sorunların ne zaman başladığı da öğrenilerek, bu durumun istismarla ilgili olup olmadığının belirlenmesinin yanı sıra iddia edilen istismarın çocuk üzerindeki etkileri de değerlendirilmiş olur.

Sosyal İnceleme raporu ve öğretmen geri bildirimleri ile çocuğun fiziksel istismar risk faktörlerini taşıyıp taşımadığı ve çocuğun fiziksel istismar durumu ile alakalı olarak edinilen bilgiler yol gösterici olabilir.

2.10. Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararları

Çocuk Koruma Kanunu'na göre korunma ihtiyacı olan çocuklarla ilgili olarak danışmanlık, eğitim, sağlık, bakım ve barınma tedbirleri alınabilmektedir. Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. Çocuk hakimleri, korunma ihtiyacı olan çocuk için koruyucu ve destekleyici tedbirler yanında Türk Medeni Kanunu hükümlerince velayet, vesayet, kayyım, nafaka ve kişisel ilişkinin kurulması gibi konularda da karar vermeye yetkilidir.

Çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonu, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılması amacıyla Çocuk Koruma Kanunu 5. Maddesi'ne göre sağlık tedbiri

kararı uygulanır. Sağlık tedbirinde uygulanan tedavinin gereksinimlerine bağı olarak çocuğun bir aile ya da kurumda bakımının gerekmesi halinde sağlık ve bakım tedbirleri birlikte uygulanabilir. Çocuğun sağlık tedbirinin yerine getirileceğı sağlık kuruluşuna ilk müracaatı il sağlık müdürlükleri tarafından sağlanır. Sağlık tedbirinin uygulanmasında tıbbi kontrol ve takip, resmi sağlık kurulu raporunda gösterilen süre ve aralıklarla çocukların ilgili sağlık kuruluşuna gönderilmesi ile sağlanmaktadır. Sağlık tedbirinin yerine getirilme yükümlülüğü Çocuk Koruma Kanunu'nun 45. Madde'sine göre Sağlık Bakanlığı'na aittir. (14)

Bakım tedbiri; çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi hâlinde, çocuğun resmî veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesidir.

Barınma tedbiri ise, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya yönelik uygulamalar olarak tanımlanmıştır. Bakım ve barınma tedbirleri, ailesi dışında korunması gereken çocuklar için düzenlenmiş tedbirler olup uygulanabileceğı sosyal hizmet kuruluşları çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları, çocuk evleri, koruma bakım ve rehabilitasyon merkezleri, bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleridir. Çocuk Koruma Kanunu Madde 45'e göre bakım tedbiri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından, barınma tedbiri ise Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve yerel yönetimler tarafından yerine getirilir. (14, 101)

Çocuğun istismara ya da ihmale uğradığı durumlarda öncelik çocuğun ailesinin yanında desteklenerek korunması olmalıdır. Ancak çocuğun aile tarafından istismar edilmesi ve ailesinin yanında güvenliğinin tehlike altında olması durumlarında çocuğun aile dışında korunması gündeme gelecektir. Çocuğun yüksek yararı gereğı ailesinden ayrılmasını gerektiren durumlarda uygun kurum bakımı ve koruma hizmetleri sunulur. (173) Korunma kararlarının alınmadan önce fiziksel istismar konusunda ayrıntılı değerlendirme yapılmalı, hatalı istismar tanısı konmamalı ve çocuğun aile ortamı dışında bir ortamda kalmasının çocuğun yüksek yararına olup olmayacağının değerlendirilmesi gerekir. Koruma kararı çocuğun yararı yerine çocuğun zararına sonuçlar doğurabilmektedir. (189) Danışmanlık tedbiri kararı çocuğun ailesi içerisinde korunması ya da çocuk için verilmiş olan diğer tedbir kararlarının uygulanabilmesi amacıyla çocuğa rehberlik edilmesini sağlamak

amacıyla çocuğa ve ailesine danışmanlık verilmesidir. Danışmanlık tedbiri Çocuk Koruma Kanunu Madde 45'e göre Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve yerel yönetimler tarafından yerine getirilir. Danışmanlık tedbirinin uygulanabileceği kuruluşlar Çocuk ve Gençlik Merkezleri, Toplum veya Aile Danışma Merkezleri, Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezleridir. ⁽¹⁰¹⁾

Çocuk Koruma Kanunu 5. Maddesince eğitim tedbiri, çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak devamı; iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edinme kursuna gitmesi veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesi olarak tanımlanmış olup çocuğun eksik kalan akademik ve mesleki eğitiminin tamamlanmasını ya da beceri geliştirmesini sağlamaktadır. Eğitim tedbiri Milli Eğitim Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yerine getirilir. ^(14, 101)

Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 6. Madde'sine göre adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, köy ve mahalle muhtarları, belediye zabıta memurları, sağlık ve eğitim kuruluşları, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının görevlileri, sivil toplum kuruluşları ile bir çocuğun korunma ihtiyacı olduğundan haberdar olanlar durumu il ve ilçelerdeki Aile ve Sosyal Politikalar müdürlüklerine bildirmekle yükümlüdürler. Ayrıca Yönetmeliğin 9. Madde'si uyarınca mahkeme ve çocuk hakimleri tarafından alınan Danışmanlık ve barınma tedbir kararları, ilgisine göre il millî eğitim müdürlükleri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı il veya ilçe müdürlükleri ya da yerel yönetimlere, Eğitim tedbiri kararı, ilgisine göre il millî eğitim müdürlüklerine veya Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bölge müdürlüklerine, Bakım tedbiri kararı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, il veya ilçe müdürlüklerine, Sağlık tedbiri kararı ise il sağlık müdürlüklerine gönderilir. ⁽¹⁷⁴⁾ Ayrıca Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik 18. Madde'sinde tedbir kararının uygulanması, takibi ve denetiminin sınırları çizilmiş olup tedbir kararlarını yerine getirmekle görevli kişi, kurum veya kuruluşlarca, bu tedbir kararlarının nasıl yerine getirileceği konusunda bir plân hazırlanacağı belirtilmiştir. Uygulama plânı hazırlanırken çocuk hakkında düzenlenmiş sosyal inceleme raporundan da faydalanılabilir. Uygulama plânında, kararın uygulanmasından sorumlu kişi, tedbirin türü ve süresi, tedbirin uygulanmasında hangi kurumlarla işbirliği yapılacağı ve hangi hizmetlerin sağlanacağı, nelerin amaçlandığı ve

ilerlemenin nasıl ölçüleceğine ilişkin bilgilere yer alır. Tedbir kararını veren mahkeme veya çocuk hâkimi, tedbir kararlarının uygulanmasını, tedbirden beklenen gayenin gerçekleşip gerçekleşmediğini, uygulanan tedbirin çocuğun gelişimini hangi yönde etkilediğini en geç üçer aylık sürelerle incelettirir. Bu inceleme mahkeme tarafından görevlendirilen sosyal çalışma görevlilerince yapılmaktadır. ⁽¹⁷⁴⁾

Çocuk Koruma Kanunu 7. Madde'sine göre hakim, çocuğun gelişimini göz önünde bulundurarak koruyucu ve destekleyici tedbirin kaldırılmasına veya değiştirilmesine karar verebilir. Tedbirin uygulanması, on sekiz yaşın doldurulmasıyla kendiliğinden sona erer. Ancak hakim, eğitim ve öğrenimine devam edebilmesi için ve rızası alınmak suretiyle tedbirin uygulanmasına belli bir süre daha devam edilmesine karar verebilir. ⁽¹⁴⁾

2.11. Çocuk İstismarının Önlenmesi

Çocuk istismarının önlenmesi amacıyla yapılacaklar hem alanlarına hem de eylemlerine göre iki farklı grupta değerlendirilmelidir. İlk olarak evde, okulda, toplumsal düzeyde ve hükümet ya da karar vericiler düzeyinde yapılacakları değerlendirmek önemlidir. Bir diğer yandan ise yapılacak eylemleri değerlendirmek gerekmektedir. Bunların başlıcası ise eğitimidir. Hem çocuk istismarı konusunda çalışan profesyonellere yönelik hem de topluma yönelik eğitim yapılmalıdır. Önleme çalışmaları içerisinde toplumun bilinçlendirilmesine yönelik faaliyetler, ebeveynler için eğitim programları, ev ziyaretleri programları ve özellikle cinsel saldırılar için çocukların bilinçlendirilmesine yönelik faaliyetler yer almaktadır. ⁽¹⁷⁵⁾ Önleme çalışmalarının temelinde toplum eğitimi yer almaktadır. Çünkü ancak ebeveynler ve toplumun tüm bireylerine yönelik yapılacak bilgilendirme ilk adımı oluşturacaktır. ⁽¹⁷⁶⁾ Çocuk istismarı konusunda halkın bilinçlendirilmesi çalışmaları bu konuda bilinç yaratılması, bilginin arttırılması, tutumların ve davranışların değiştirilmesini içerir. İstismar konusunda bildirim yapılması için halkın bilgilendirilmesi de istismarın önlenmesine katkı sağlamaktadır. Ebeveyn eğitimleri ve ebeveynlerin desteklenmesi çocuğa yaklaşım ve çocuğun gelişim basamakları hakkında bilgilendirmeyi içermektedir. Bu bilgilendirmeler ev ziyaretleri, okul programları ya da ayrı programlar şeklinde gerçekleştirilebilir. Ebeveyn eğitimlerinin ev ziyareti şeklinde

gerçekleştirilmesi ile çocuğun yaşadığı çevrenin görülmesi ve ebeveynlerle iletişiminin gözlemlenmesi de sağlanmış olmaktadır.

Çocuk istismarının önlenmesinde birincil önleme çalışmaları genel popülasyona yönelik olup çocuk istismar ve ihmalini başlamadan durdurmayı amaçlar. Birincil önleyici hizmetler, tüm çocukların gelişimlerini iyi bir biçimde sürdürebileceği ortamın hazırlanmasıdır. Ailelerin ve çocukların yaşadıkları koşulları iyileştirebilmenin en etkin yolu sosyal reformlardan geçer. Kuşkusuz bir toplumun yaşam kalitesini artıran her uygulama, aile ve çocuklar üzerinde olumlu etkilerde bulunur.⁽¹⁷⁷⁾ Birincil önleme çalışmaları sayesinde başta toplumun tamamı olmak üzere konu ile alakalı olarak görev yapanların ve fikir üretenlerin de çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi ve birikimlerinin arttırılması amaçlanmıştır. Bu programların uygulanması sırasında televizyon, radyo, gazete gibi tüm iletişim araçları kullanılabilir.⁽¹⁷⁸⁾

İkincil önleyici hizmetler ise istismar açısından yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu grupların var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejilerin geliştirilmesi ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulması olarak özetlenebilir. Düşük sosyo-ekonomik çevreden, sosyal ilişkileri yetersiz, alkol-madde kullanımı görülen, genç yaşta ebeveyn olmuş, çocuklarında gelişimsel gerilik görülen aileler ve onların çocukları risk gruplarını oluşturur. Ayrıca aile içi şiddetin ve toplumsal şiddetin sık görüldüğü bölgelerde yaşayan aileler de bu risk gruplarına katılabilir. İkincil önleme bu risk faktörlerini taşıyan grupları belirleyerek onlara uygun eğitimler vermeyi hedefler. AÇSAP Merkezleri (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi) ve Aile Sağlığı Merkezleri'nin rehberliğinde okullarla iş birliği yapılarak eğitim programları düzenlenebilir. Bu amaçlarla ev ziyaretleri gerçekleştirilebilir. ^(179,180)

Üçüncül önleyici hizmetlerde; çocuk ihmal ve istismarının tekrarının ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi amaçlanmaktadır. Günün 24 saati açık olan merkezlerde fiziksel ve ruhsal tedavi öncelikli olmak üzere, rehabilitasyon ve ailenin yeniden topluma kazandırılmasını hedefleyen programlar kullanılmaktadır.⁽¹⁷⁹⁾

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesine dair çalışmalarda da bu olguların tespiti, tedavisi ve rehabilitasyonunda olduğu gibi multidisipliner bir ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ekip çocuk psikiyatristleri, pedagoglar, psikologlar, pediatristler, adli tıp uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, eğitimciler ve hukukçulardan oluşmalıdır.⁽¹⁾ Ayrıca

acil serviste çalışan hekimler ve aile hekimlerinin de eğitim programlarında mutlaka yer alması gerekir. Halen birçok ülkede önleme çalışmalarının odağında üçüncül önleme bulunmaktadır. İstismar olayı yaşanmadan önlenmesinin sağlanması ve risk faktörlerinin azaltılmasından ziyade istismar sonrasında çocukların ve ailelerin rehabilitasyonuna destek verilmesi birçok ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunu yanında getirmektedir. ⁽¹⁷⁵⁾

2.12. Fiziksel İstismarın Hukuksal Boyutu

2.12.1. Türk Ceza Kanunu

TCK 81. Maddesi uyarınca kasten insan öldürme müebbet hapis cezası ile cezalandırılır. TCK 82. Maddesi'nde kasten öldürme suçunun üstsoy veya altsoydan birine ya da eş, boşandığı eş veya kardeşe karşı, çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi hali düzenlenmiş olup ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası verileceği belirtilmiştir.⁽⁴⁾

TCK 84. Maddesi'ne göre bir başkasını intihara azmettirmek, teşvik etmek ya da başkasının intihar etmesine yardım etmek intihara yönlendirme suçu olarak düzenlenmiş olup intihara yönlendirilen kişinin işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş veya ortadan kalkmış bir kişi ise kasten öldürme suçundan sorumlu tutulacağı belirtilmiştir. Bu kapsamda intihara yönlendirilen kişi çocuk ise ve bu fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş ise intihara yönlendiren kişi çocuğu kasten öldürmüş gibi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası alacaktır.⁽¹⁷³⁾

Çocuğun fiziksel istismarı yaralama suçu kapsamında düzenlenmiş olup eylemin kasıt, taksir ya da ihmal yoluyla işlenmesi durumuna göre farklı yaptırımlar öngörülmüştür. Türk Ceza Kanunu'nda kasten yaralama Madde 86 ile, neticesi sebebi ile ağırlaşmış yaralama Madde 87 ile, kasten yaralamanın ihmali davranış ile işlenmesi Madde 88 ile, taksirle yaralama Madde 89 ile, işkence Madde 94 ile, neticesi sebebi ile ağırlaşmış işkence Madde 95 ile, eziyet Madde 96 ile, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma Madde 109 ile, kötü muamele Madde 232 ile yer almaktadır. Çocuğun fiziksel istismarında failler bu maddeler kapsamında cezalandırılırlar.⁽⁴⁾

TCK 86. Maddesinin 1. Fıkrasında kasten yaralama suçu kişinin vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan her bir davranış olarak kabul edilmiştir. Burada kişinin vücut dokunulmazlığı ve beden bütünlüğünün yanında psikolojik varlığı da koruma altına alınmıştır.⁽¹⁸¹⁾ Kasıt failin mağdurun vücuduna acı veren, sağlığını ve algılama yeteneğini bozan hareketleri bile isteye yapmasıdır. Bu yaralanma TCK'na göre basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif bir yaralanmadan ölümle sonuçlanabilecek ağır bir yaralanmaya kadar geniş bir aralıkta ele alınmıştır. Burada başkasının vücuduna acı verme vücuttaki ağrı, sancı, sızıdır. Çocuğun fiziksel istismarında vücuda temas tokat atma, saç çekme, çimdikleme, tekme atma, yumruk atma, kesici delici aletle yaralama, ateşli silahla yaralama gibi yollarla gerçekleştirilebilir. Bu davranışlar nedeni ile mevcut sağlık durumunun olumsuz etkilenmesi ise sağlığın bozulması olarak adlandırılır. Sağlığın bozulması ruh sağlığının bozulmasını da kapsamaktadır.⁽¹⁸²⁾ TCK 86. Madde 3. Fıkrasına göre kasten yaralama suçunun; üstsoya, altsoya, eşe, boşandığı eşe veya kardeşe, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle, kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak sureti ile, silahla, canavarca hisle işlenmesi halinde, şikayet aranmaksızın, verilecek cezanın arttırılacağı belirtilmiştir. ⁽⁴⁾ Yaralamanın çocuğa karşı işlenmesi kanunda altsoya, kardeşe, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kişilere karşı işlenmesi olarak belirtilmiş olup ağırlaştırıcı unsur olarak sayılmıştır. Ayrıca kamu görevlisinin sahip olduğu nüfuzunu kötüye kullanarak gerçekleştirdiği yaralanmalar da(öğretmen, müdür vs.)yine ağırlaştırıcı unsur olarak belirtilmiştir. Yaralamanın silah yolu ile gerçekleştirilmesi de kanunda yer alan nitelikli hallerdendir. Burada silah olarak ateşli silahlar, patlayıcı, ateşli, kesici, delici aletler, saldırı amacıyla yapılmasa da buna elverişli olan aletler, yakıcı, zehirleyici maddeler, kimyasal ve biyolojik maddeler kabul edilmektedir.⁽¹⁸³⁾

TCK 87. Madde'sinin 1. ve 2. Fıkra'sında ise neticesi itibari ile ağırlaştırılmış yaralamanın sınırları çizilmiş olup kasten yaralama fiilinin kişinin duyularından veya organlarından birisinin sürekli zayıflamasına, duyularından veya organlarından birisinin işlevinin yitirilmesine, yüzde sabit ize, yüzde sürekli değişikliğe, konuşmasında sürekli zorluğa, yaşamını tehlikeye sokmasına, çocuğun vaktinden önce doğmasına, iyileşme ihtimali bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, konuşma ya da çocuk yapma

yeteneğinin kaybına, gebe bir kadına karşı işlenip çocuğun düşmesine, kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması hali düzenlenmiştir.⁽⁴⁾ Yaralanma sonucu bu neticelerden herhangi birinin ortaya çıkması cezanın ağırlaşmasına neden olmaktadır.

TCK 88. Maddesi'nde kasten yaralamanın ihmal nedeniyle işlenmesi hali düzenlenmiş olup burada ihmal belirli bir davranışta bulunma yükümlülüğünün yerine getirilmemesi nedeniyle yaralanmanın oluşmasıdır.

TCK 89. Maddesi'nde ise taksirle yaralama fiilinin sınırları belirlenmiş olup burada taksir öngörülmesi mümkün olan sonucun fail tarafından öngörülmemiş olan neticenin özensizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik sebeplerinden birisi ile meydana gelmesidir.⁽¹⁰¹⁾

TCK Madde 94 ile ise işkencenin sınırları çizilmiştir. Kişiye karşı insan onuru ile bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal olarak acı çekmesine, algılama ya da irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açan davranışların kamu görevlisi tarafından gerçekleştirilmesi işkence olarak belirtilmektedir. TCK Madde 94'ün 2. Fıkrası'nda suçun çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumdaki kişiye ya da gebeye karşı yapılması, 3. Fıkrası'nda cinsel taciz şeklinde gerçekleşmesi ağırlaştırıcı unsur olarak belirtilmiş olup 5. Fıkrası'nda ise suçun ihmal ile işlenmesi halinde verilecek cezada indirim yapılmayacağı da belirtilmiştir.⁽⁴⁾

TCK Madde 95 ile ise neticesi sebebi ile ağırlaşmış işkencenin sınırları tanımlanmış olup fiilinin kişinin duyularından veya organlarından birisinin sürekli zayıflamasına, duyularından veya organlarından birisinin işlevinin yitirilmesine, yüzde sabit ize, yüzde sürekli değişikliğe, konuşmasında sürekli zorluğa, yaşamını tehlikeye sokmasına, çocuğun vaktinden önce doğmasına, iyileşme ihtimali bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, konuşma ya da çocuk yapma yeteneğinin kaybına, gebe bir kadına karşı işlenip çocuğun düşmesine, kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması hali düzenlenmiştir.⁽⁴⁾

TCK Madde 96 ile eziyetin sınırları düzenlenilmiştir. Eziyet kişiye insan onuru ile bağdaşmayan bedensel ve ruhsal olarak acı çekmesine, aşağılanmasına neden davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Mağdura sıkıntı yaratan yaralama, tehdit, hakaret gibi eylemlerin düzenli olarak belirli bir süre yapılmasıdır. Bunun kamu görevlisi tarafından yapılması ise işkencedir.⁽²⁾ TCK 96. Madde'sinin 2. Fıkrası'nda ise bu suçun çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda durumdaki kişiye ya da gebeye karşı,

üstsoya veya altsoya, babalık veya analığa ya da eşe karşı işlenmesi ağırlaştırıcı unsur olarak belirtilmiştir.⁽⁴⁾

TCK Madde 232 ile kötü muamelenin sınırları belirlenmiş olup yasada aynı konutta beraber yaşayan kişilerden birinin diğerine karşı kötü muamelede bulunması ile bir kimsenin idaresi altında bulunan kişilere karşı terbiye hakkından ileri gelen yetkisini kötüye kullanması suçu düzenlenmiştir. Kötü muamele; yaralamaya sebep olmayan ve terbiye, disiplin araçlarının kötüye kullanılması biçiminde kendini göstermeyen fiiller olarak tanımlanmaktadır. Yarı aç veya susuz bırakma, uyku uyutmama, zor koşullarda çalışmaya mecbur bırakma kötü muameleye örnek olarak verilebilir. Bu fiiller sürekli ve sistematik olarak uygulanıyorsa eziyet kapsamına girmektedir.^(101, 173)

2.12.2. Çocuk Koruma Kanunu

5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu 1. Madde'sinde kanunun amacı olarak korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasların düzenlenmesi olduğu belirtilmiştir. Kanunun kapsamı ise 2. Madde'sinde belirtilmiş olup korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usul ve esaslarına, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri içermektedir. Kanunun 3. Maddesinde ise çocuk ve korunma ihtiyacı olan çocuk kavramlarının tanımları yapılmıştır.

Çocuk Koruma Kanunu'na göre daha erken yaşta ergin olsa bile 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk olarak tanımlanmış olup; bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuklar ise korunma ihtiyacı olan çocuklar olarak tanımlanmıştır. Bu kanun kapsamında çocuğun bakılıp gözetildiği, hakkında verilen tedbir kararlarının yerine getirildiği resmi veya özel kurumlar ise kurum olarak tanımlanmıştır.

Çocuk Koruma Kanunu'nun 4. Maddesi'nde kanunun uygulanmasında ve çocuğun haklarının korunmasındaki gözetilecek temel ilkeler belirlenmiş olup bunlardan bazıları çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması, yarar ve esenliğinin gözetilmesi, çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine

katılımlarının sağlanması, çocuğun, ailesinin, ilgililerin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları, kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimi ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirmesinin desteklenmesi, tedbir kararı verilirken kurumda bakım ve kurumda tutmanın son çare olarak görülmesi, kararların verilmesinde ve uygulanmasında toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanması, çocukların bakılıp gözetildiği, tedbir kararlarının uygulandığı kurumlarda yetişkinlerden ayrı tutulmalarıdır.

Koruyucu ve destekleyici tedbirler 5. Madde’de tanımlanmış olup; çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir.⁽¹⁴⁾

2.12.3. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ülkemizde gün geçtikçe artan kadına ve çocuğa karşı şiddet olayları karşısında düzenlenmiş ve yürürlüğe konmuştur. Şiddete uğrayan ve şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirler ve bunların uygulanmasına ilişkin esasları içermektedir.⁽¹⁸⁴⁾

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin çocuğun fiziksel istismarı konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının ölçülmesi, bu konudaki farkındalıklarının artırılabilmesi, çocuğun fiziksel istismarı konusunda verilen eğitimin yeterliliğinin gözden geçirilmesi, adli bildirim süreci, bakım ve tedbir kararları konusunda çekincelerin belirlenmesi, günlük hayatta ve çalışma hayatında doktor olarak fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocukla karşılaşıldığında yapılması gerekenler konusundaki çekincelerin azaltılması ve eğitim programının gözden geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte kesitsel anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Veriler Şubat 2023 ile Nisan 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinden Şubat 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında eğitime devam eden intern hekimler belirlendi ve çalışmanın evrenini oluşturdu.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

2023 yılı Şubat ve Nisan ayları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü tüm intern hekimler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 1, 2, 3, 4, 5. sınıf öğrencisi olan ve 3, 4 ve 5. sınıflarda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi dışında eğitim almış olan intern hekimler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.7. Araştırmaya Katılım Oranı

Araştırmada ulaşılması hedeflenen 6. sınıf öğrencilerinden dışlanma kriterlerini sağlayanlar ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışmaya dahil edilmemiş olup 142 intern hekim araştırmaya katılmıştır.

3.8. Araştırmanın Hipotezi

Çocuğun fiziksel istismarına yönelik bilgi düzeyini bağımsız değişkenler(yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğun fiziksel istismarı konusunda çeşitli şekillerde eğitim alma durumları, bu eğitimi veren uzmanlık alanları, alınan eğitimin yeterliliği, daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşma durumları, fiziksel istismara uğrayan bir çocuk ile karşılaşıldığında yapılması gerekenleri bilme durumları, fiziksel istismardan şüphelenildiğinde adli bildirim yapma durumları, adli bildirim konusundaki bilgi seviyeleri, adli bildirim konusunda çekinceleri) etkilemektedir.

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan intern hekimlerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, tıp fakültesinde fiziksel istismar konusunda çeşitli şekillerde eğitim alma durumu, bu eğitimi veren uzmanlık alanları, alınan eğitimin mezuniyet sonrasında yeterliliği, çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim almak isteyip istememe durumları, meslek yaşamları boyunca fiziksel istismar vakasıyla karşılaşp karşılaşmama ihtimali, olası istismar vakasında ne yapmaları gerektiğini bilme durumları, adli bildirim yapmayı düşünüp düşünmeme ve adli bildirim konusunda bilgi sahibi olup olmama durumları, adli bildirim yapma konusundaki çekinceler bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlar bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

3.10. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen, hekimlerin demografik özellikleri, çocuğun fiziksel istismarı konusundaki görüşleri, yaklaşımları ve bilgi düzeyini belirlemeye yönelik 54 sorudan oluşan özgün bir anket hazırlandı. Bu ankette kullanılan birçok soru daha önce hekimlere yönelik yapılmış benzer konudaki anket çalışmalarından ve tıbbi literatürler derlenerek hazırlandı. 6. sınıf öğrencilerine uygulanmış olan anketin ilk bölümü tanıtıcı bilgi ve farkındalık formu olup katılımcılara yönelik tanıtıcı bilgi ve çocuğun istismarına yönelik farkındalıklarını değerlendirmek amaçlı 14 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü katılımcıların demografik özellikleri, çocuğun fiziksel istismarı konusundaki görüş ve yaklaşımlarını kapsamaktadır. Bu bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, tıp fakültesinde çocuğun fiziksel istismarı konusunda çeşitli şekillerde eğitim alma durumu, bu eğitimi veren uzmanlık alanları, alınan eğitimin mezuniyet sonrasında yeterliliği, çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim almak isteyip istememe durumları, meslek yaşamları boyunca fiziksel istismar vakasıyla karşılaşp karşılaşmama ihtimali, olası istismar vakasında ne yapmaları gerektiğini bilme durumları, adli bildirim yapmayı düşünüp düşünmeme ve adli bildirim konusunda bilgi sahibi olup

olmama durumları, adli bildirim yapma konusundaki çekincelere verilen cevaplar değerlendirilmiştir.

Anketin ikinci bölümü bilgi ölçme formu olup çocuğun fiziksel istismarına yönelik olarak hazırlanmış bilgi ölçme amaçlı 40 sorudan oluşmaktadır ve on alt bölüme ayrılmıştır. Bilgi ölçme formundaki 40 soruluk alt ölçekler;

- 1.Çocuğun fiziksel istismarından şüphe edilmesi gereken durumlar (13, 15, 28, 31 ve 36. sorular)
- 2.Çocuğun fiziksel istismarının risk faktörleri (3. soru)
3. Çocuğun fiziksel istismarında öykü alınması (6, 8, 9 ve 34. sorular)
- 4.Çocuğun fiziksel istismarında fizik muayene (11, 12 ve 25. sorular)
- 5.Çocuğun fiziksel istismarında fiziksel bulgular (4, 5, 7, 10, 14, 16, 19, 21, 22, 26, 29, 30, 35. sorular)
- 6.Çocuğun fiziksel istismarında ruhsal muayene (18, 27 ve 33. sorular)
7. Çocuğun fiziksel istismarında tanı (23 ve 24. sorular)
8. Çocuğun fiziksel istismarının genel özellikleri (1 ve 20. sorular)
- 9.Çocuğun fiziksel istismarında adli bildirim(17, 32, 37, 38, 39 ve 40. sorular)
10. Çocuğun fiziksel istismarının önlenmesi (2. soru) ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölümde sorulan 40 sorudan 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 30, 31, 34, 36 ve 40. sorular için “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen 1, 7, 8, 9, 10, 16, 20, 22, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 35, 37, 38, 39. sorular için “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalamasının 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan kişinin 200 tam puan alması beklenmiştir.

3.11. Faktör Analizi

Verilere uygulanan faktör analizi sonucunda, maddelerin dâhil olduğu alt boyutlara ait grupların ayrımı net olarak yapılamadığından, Varimax faktör döndürme işlemi uygulanmıştır. Faktör analizi sonucunda, orijinal ölçek düşünülerek 10 faktör üzerinde durulmuştur. Ancak 1., 2., 3., 4., 6., 7., 8., 9., 17., 20., 21., 26. ve 40. sorular ve dahil olduğu alt boyutlara ait gruplar yeterli güvenirliği sağlayamadığından ($\alpha < 0,300$) ilerleyen analizlerde bu boyutlar dikkate alınmamıştır.

27 değişken 5 faktör altında toplam varyansın yaklaşık olarak %62,522'sini açıklamaktadır. Burada Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,853 olarak bulunmuştur. Bu değer kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer almaktadır. Bartlett'in Küresellik Testi sonucu ($p < 0,001$) da dikkate alınarak örneklemin, kitleyi temsil kabiliyetinin yüksek olduğu ve faktör analizi için uygun olduğu belirlenmiştir. Tüm değişkenler için Chronbach's Alpha değeri 0,835 ($n=27$) olup, bu sonuç çalışmanın yüksek derecede güvenilirliğe yani iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.1. Faktör Analizi Sonucu

Faktör	N o	Sorular	Faktör Yükleri					Chronbach 's Alpha
			1	2	3	4	5	
1. faktör	5	Ekimozların özellikleri fiziksel istismar konusunda bilgi verebilir.	0,44					0,890
			5					
	11	Fiziksel istismar şüphesi olan çocuklarda ayrıntılı göz muayenesi yapılmalıdır.	0,67					
			5					
		Ana- babanın yaralanmayı bir kardeşe veya üçüncü şahıslara yüklemesi fiziksel istismar açısından şüphe uyandırır.	0,52					
	13		8					
	15	Bilinen bir travmaya bağlanamayan subduralhematom,	0,67					
			2					

	göz içi kanamalar fiziksel istismarı akla getirir.					
18	Çocukta davranışsal ve ruhsal değişimler gözlenmesi fiziksel istismarın belirtisi olabilir.	0,73 5				
23	Fiziksel istismar şüphesinde tüm iskelet sisteminin görüntülenmesi gerekir.	0,48 4				
24	Fiziksel istismar şüphesinde hekim çocukta görülen lezyonları görsel olarak kayıt altına almalıdır.	0,67 6				
27	Fiziksel istismar tanısında çocuğun ruhsal olarak değerlendirilmesi anlamsızdır.	0,57 3				
28	Benzer şikayetlerle ilgili birden fazla hekime başvuru olağan bir durum olup, fiziksel istismar açısından şüphe uyandırmaz.	0,53 6				
31	İyileşmenin çeşitli aşamalarındaki çoklu kırıklar fiziksel istismarı düşündürür.	0,64 1				
33	Şiddete maruz kalan çocukların daha sonraki yaşamlarında uyuşturucu kullanma ve çalışma hayatlarında başarısızlığa uğrama olasılığı diğer çocuklarla aynıdır.	0,50 6				
34	Fiziksel istismardan şüphelenilen ve kaza olduğu iddia edilen olgularda öykünün, yaralanmanın özellikleri ile karşılaştırılması gerekir.	0,63 5				

	36	Fiziksel istismar şüphesi olan çocuklarda çocuğun ailesiyle ilişkisi gözlemlenmelidir.	0,66 7				
2. faktör	12	Fiziksel istismarda en sık ölüm nedeni kafa travmalarıdır.		0,65 1			
	14	Fiziksel istismarda en sık gözlenen deri yaralanması ekimozdur.		0,49 7			
	19	Fiziksel istismarda en sık gözlenen bulgu deri yaralanmalarıdır.		0,40 2			
	25	Fiziksel istismarda en sık hasar gören batin organı karaciğerdir.		0,61 2			0,699
3. faktör	16	Fiziksel istismar sonucu oluşan lezyonlar en çok alt bacağın ön kısmı, diz, dirsek ve kemiğin deriye yakın olduğu vücut bölgelerinde olur.		0,67 2			
	22	Fiziksel istismarda ekstremitte kırıkları anormal açılma, bükme veya çekmeden ziyade direkt kemiğe darbe sonucu oluşur.		0,50 5			
	29	Uzun kemik diyafiz kırıkları fiziksel istismara yüksek derecede özgünlük gösterir.		0,58			0,514
4.faktör	32	Fiziksel istismar tanısı net olarak konulmadan bildirim yapılmamalıdır.			0,71 2		
ör	37	Adli bildirim yaparken ailenin rızası dikkate alınır.			0,33 3		0,569

	38	Adli bildirimi yapılan olgularda fiziksel istismarın olmadığına karar verilir ise hekimin yaptığı adli bildirimden dolayı sorumluluğu vardır.				0,687		
	39	Fiziksel istismar şüphesi olan olgularda adli bildirimin yapılması sonucunda çocuk aileden alınarak sosyal hizmetlerin kurumlarına yerleştirilir.				0,413		
5. faktör	10	Fiziksel istismarda en sık gözlenen bulgu kırıklardır.				0,639		
	30	Fiziksel istismarda kafatası kırıkları en çok oksipitoparietal bölgede görülür.				0,316		
	35	Sarsılmış bebek sendromunda en sık karşılaşılan beyin dokusu hasarı epidural beyin kanamasıdır.				0,578		0,398
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,853					
Bartlett's Test of Sphericity			p<0,001					
Cronbach's Alpha			0,835					

Faktör analizi ile alt boyutlara ait gruplar;

1.Faktör: Fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler

2.Faktör: Fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları

3.Faktör: Fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri

4.Faktör: Adli bildirim

5.Faktör: Fiziksel bulgular olarak düzenlenmiştir.

Tablo 3.2. Faktör Analizi ile Alt Boyutlara ait Gruplar

Alt Boyutlara ait Gruplar	Soru Sayısı	Medyan	Standart Sapma	Maksimum -Minimum
Fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler	13	4,54	0,46	(5-3)
Fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları	4	4,00	0,63	(5-2)
Fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri	3	2,67	0,82	(5-1)
Adli bildirim	4	3,50	0,65	(5-2)
Fiziksel bulgular	3	3,33	0,74	(5-2)
Toplam	27	3,96	0,38	(4,81-3)

Tüm alt boyutlara ait gruplar ve toplam değerlendirme verilerinin normal dağılım ile uyumlu olup olmadığına ShapiroWilk Testi ile bakılmış ve verilerin normal dağılım ile uyumlu olmadığı belirlenmiştir($p<0,05$). Bu sebeple ileri istatistiksel analizlerde parametrik olmayan yöntemler ile kullanılmıştır.

Yapılan faktör analizi sonucunda fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutuna ait grupta 5, 11, 13, 15, 18, 23, 24, 27, 28, 31, 33, 34, 36. sorular, fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutunda 12, 14, 19, 25. sorular, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyutuna ait grupta 16, 22, 29. sorular, adli bildirim alt boyutuna ait grupta 32, 37, 38, 39. sorular ve fiziksel bulgular alt boyutuna ait grupta ise 10, 30, 35. sorular yer almaktadır. Toplamda alt boyutlara ait gruplarda 27 soru yer almakta olup tüm sorulara doğru cevap veren bir katılımcının 135 tam puan alması beklenmektedir.

3.12. Verilerin Toplanması

Araştırma anketi Google formlar üzerinden oluşturulmuş olup 2023 yılı Şubat ve Nisan ayları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 6. sınıfta öğrenim gören öğrenciler ile sınıf ve grup temsilcileri aracılığı ile elektronik ortamda Whatsapp ve e-mail grupları yardımıyla paylaşılarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımı artırmak için periyodik aralıklarla hatırlatıcı notlar gönderilmiştir. Katılımcılara çalışma için gerekli izinlerin alındığı belirtilmiş ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmıştır. Anket formunda anlaşılmayan noktalarda da gerekli açıklamalar yapılmıştır.

3.13. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma sonuçları Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan intern hekimlerin konuya ilişkin durumlarını yansıtmaktadır. İntern hekimlerin hastanede çok yoğun bir şekilde çalışıyor olmaları ve tüm servislerde ve polikliniklerde gruplara bölünmüş şekilde çalışıyor olmaları nedeniyle anket formlarının whatsapp aracılığıyla iletilmesi uygun görülmüş olsa da bazı katılımcılardan geri dönüt alınamamıştır. Katılımın artması amacıyla dönem dönem hatırlatıcı notlar da gönderilmiştir.

3.14. Pilot Çalışma

Örnekleme benzer özellikler gösterecek şekilde seçilen 33 kişiye pilot çalışma uygulanmıştır. Bilgi ölçmeye yönelik hazırlanan 5'li likert ölçeğe sahip sorulara hekimlerin verdiği cevaplara güvenirlik analizi yapılmıştır. Analiz neticesinde Cronbach's Alpha değeri 0,762 (40 madde için) elde edilmiştir ve güvenirlik değerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca pilot anketin son kısmına anlaşılmayan herhangi bir husus olup olmadığını soran açık uçlu bir soru yerleştirilmiştir. Kişilerin geribildirimleri neticesinde soruların kişilerce tam ve doğru olarak anlaşıldığı belirlenmiştir.

Tablo 3.3. Ankete Yönelik Geribildirimler

No	Çocuğun fiziksel istismarı ile ilgili bu anket ile alakalı olarak görüşlerinizi yazabilir misiniz? Şimdiden teşekkür ederim.
1	Adli bildirimle alakalı bilgi eksikliği varmış. Mezuniyet öncesinde bunu fark etmek iyi oldu.
2	Anket sayesinde bu konuda çok yetersiz olduğumu fark ettim.
3	Anket soruları açık ve anlaşılırdı. Bazı kısımlarda yasal süreç ile ilgili eksik bilgilerimin olduğunu fark etmemi sağladı. Bazı sorularla aslında hekimlik hayatımda bu durumlarla karşılaşabileceğimi daha iyi anlamış oldum.
4	Anket sorularla bilgilendirici nitelikte olmuş cevaplarken yeni bilgiler öğrenmiş oldum dikkat etmediğim ayrıntılar farklı bakış açısı kazandım aynı zamanda hatırlatıcı nitelikte olmuş teşekkürler.
5	Ankete başlamadan önce bilgi sahibi olduğumu düşündüğüm konularda bilgi sahibi olmadığımı fark ettim teşekkürler.
6	Bazı sorularda kararsız kalmam aslında bilgi eksikliği olduğunu gösterdi. Fikir yürütülebilecek sorular da mevcuttu. Faydalı bir anketti.
7	Bence dikkat edilmesi gereken önemli bir konu. Bu konu hakkında pediatri ve adli tıp gerekli dersleri önemine dikkat çekerek vermeli ayrıca çocuğun fiziksel istismar sonrası ruhsal ve duygusal sıkıntılar yaşayabileceği dönemi de çocuk ruh sağlığı bölümünün anlatması gerekiyor.
8	Birkaç soruda zorlandım. Kararsız kaldığım sorular oldu. Çocuk istismarı konusunda bilgi düzeyimi arttırmam gerektiğini anladım.
9	Biz internlerin bu konudaki bilgi becerisi zayıf, umarım bu anket çalışmanızın KOÜ tıp eğitim programına etkisi olur. İyi çalışmalar. Başar Hocama saygı ve sevgiler...
10	Bu konudaki eksikliklerimi algılamamı sağladı. Bildiğimi sandığım bir konuydu.
11	Bu konuyu mezuniyetimize yakın bir dönemde gündemimize getirmeniz bizim için faydalı oldu. Bu konuda tekrar bir şeyler okuyup bilgilerimi tazelemeyi düşünüyorum. Bence çok faydalı bir anket. Şüphelerimiz veya yanlış bilgilerimizi de fark edip araştırma imkânımız oldu.
12	Bu konuyu sorgulamama sebep oldu. Eksiklerim varmış. Mezun olmadan

	gidermeye çalışacağım.
13	Eksik bilgilerimi fark etmemi sağladı. Mezuniyet öncesi bildirim konusunda son bir ders almak güzel olabilir diye aklıma geldi.
14	Eksiklerimin nerelerde olduğunu algılamamı sağladı.
15	Farkındalık sağlayan ve bilgilerimizi ölçen güzel bir anket oldu.
16	Güzel bir anket olmuş ama sorulan sorulara verilen yanıtlar neticesinde soruların cevabı varsa eğer o da anketi çözen kişilere ulaştırılmasını isterim en azından okumak amacıyla anket havada kalmasın diye
17	Güzel bir anket olmuş. Farkındalık yarattı.
18	Güzel bir anket olmuş. Sorular anlaşılırdı. Bazı sorularda eksiklerimi fark ettim.
19	Güzel bir anketti. Bazı sorularda eksiklerimi gördüm.
20	Kaynak kitap ya da rehberlere nerden ulaşabiliriz bu konu hakkında okulda aldığım staj eğitimiyle yeterlilik sağlanacağını düşünmüyorum.
21	Kişinin nereye hangi makama adli bildirim yapacağını sorgulayan birkaç soru eklenebilirdi.
22	Konu ile ilgili eksikliklerimi fark etmemde yardımcı oldu. Forma ek olarak bilgilendirici kısa bir metin de paylaşılsa iyi olabilirdi.
23	Oldukça doğru ve çok doğru ifadeleri arasında çok büyük bir fark olmadığını düşünüyorum. İstismar ile ilgili şüphelerimizi doğrulayan yara tipi vs. konusunda belli başlı dayanak noktalarımız olsa da bir yaranın bize istismar olduğu konusunda kesin bir kanıt ifade edemeyeceğinden ötürü çok doğru şıkkından uzak kalmayı tercih ettim genel olarak.
24	Pek çok soruda belki eksiğimi fark ettiğim bir anket oldu. Mezuniyet öncesinde eksiklerimi gidermeye çalışacağım
25	Sorular açıktı fakat benim bilgi eksiğim varmış. Bazı sorulara fikir yürütemedim.
26	Sorular algılanabiliyordu. Bilgi soruları zorlayıcıydı. Tekrar etmem gereken bir konuymuş.
27	Sorular anlaşılırdı fakat bazı yerlerde bilgi eksiğim olduğunu anladım. Bazı sorularda fikir yürütemem beni üzdü. Bu anket öncesinde bu konuda bilgili olduğumu düşünürdüm. Adli bildirim konusunda eksiklerim varmış.
28	Sorular anlaşılırdı. Bazı sorularda şıklar arasında takıldım. Bilgi sorgulayan sorularda eksiklerimi fark ettim.

29	Sorular güzel noktalara değiniyordu. Bugüne kadar adli bildirimin nasıl yapılacağını ne zaman yapılacağını hiç düşünmemiş ve sorgulamamışım.
30	Sorulardaki bazı bilgileri bilmemem beni üzdü. Aslında bilgi sahibi olduğum bir konu olduğunu düşünüyordum. Sorular açıktı.
31	Soruları algıladım fakat anket biraz uzun geldi. Mezuniyet öncesi eksiğimiz görmek iyi oldu.
32	Üzerinde çalışmak için iyi bir konu seçilmiş sorular anlaşılır ve araştırmaya uygun.

3.15. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sırasında toplanan verilerin analizinde “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS 23.0) istatistik programı kullanılmıştır ve $p < 0,05$ (iki yönlü) olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmanın istatistiksel çözümlemesinde, sürekli verilerde ele alınan ölçütler ortalama, medyan, standart sapma, maksimum-minimum; kategorik verilerde ele alınan ölçütler frekans ve yüzde değerleri ile tanımlanmıştır.

Çalışmada yer alan değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları “Shapiro-Wilks” testi ile değerlendirilmiş ve değerlendirme neticesinde normal dağılım göstermediği belirlenen verilerde, ikili karşılaştırma için “Mann Whitney U Testi”, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise “Kruskal Wallis Testi” kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise “Ki-kare testi” kullanılmıştır.

4. BULGULAR

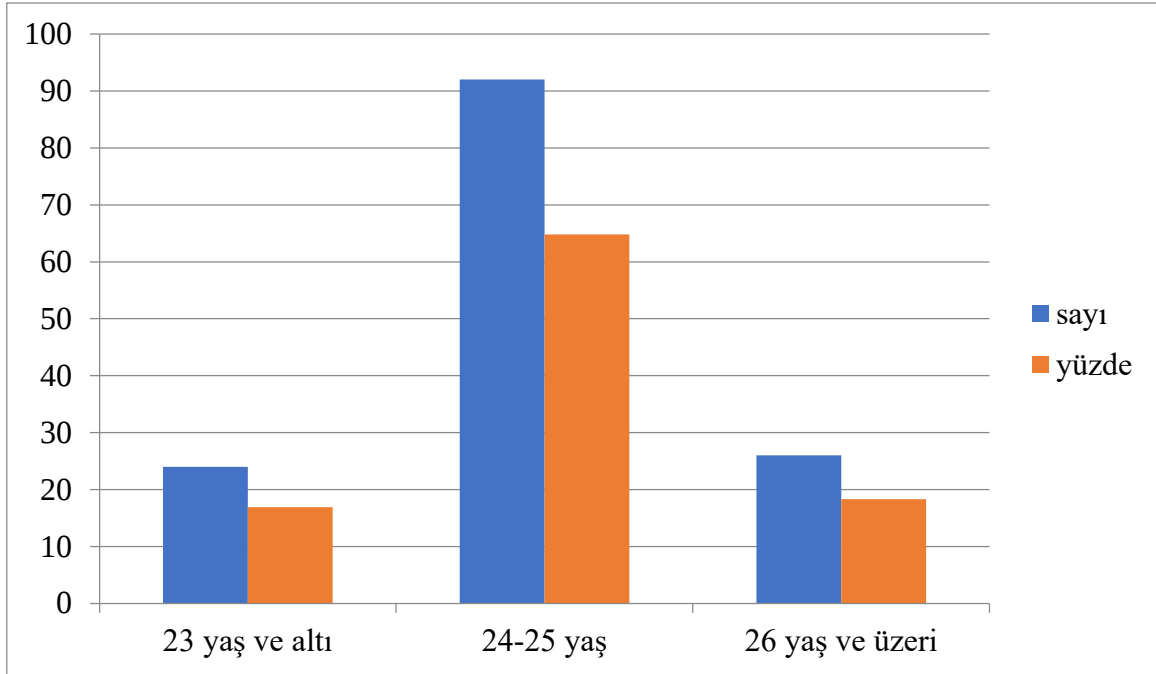
Çalışma, Şubat 2023- Nisan 2023 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamıza 75'i (%52,8) kadın, 67'si (%47,2) erkek olmak üzere toplam 142 intern hekim katılmıştır. İtern hekimlerin yaşları 22 ile 28 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları $24,5 \pm 1,1$ 'dir. Erkeklerin yaş ortalaması $24,6 \pm 1,2$, kadınların yaş ortalaması ise $24,4 \pm 1,0$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların % 16,9'u (24) 23 yaş ve daha genç gruptaki intern hekimlerden, % 64,8'i (92) 24 ve 25 yaş grubundaki intern hekimlerden, % 18,3'ü (26) 26 yaş ve üzeri gruptaki intern hekimlerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların 140'ı (%98,6) bekar, 2'si (%1,4) evlidir. Çalışmaya katılan intern hekimlerin cinsiyet ve medeni durumları Tablo 4.1 'de, yaş grupları Grafik 4.1 'de, hekimlerin yaş ortalamaları ise Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.1. İtern Hekimlerin Cinsiyet ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

İtern Hekimler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	75	52,8
	Erkek	67	47,2
	Toplam	142	100,0
Medeni Durum	Bekar	140	98,6
	Evli	2	1,4
	Toplam	142	100,0

Grafik 4.1. İtern Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Tablo 4.2. İtern Hekimlerin Cinsiyetlerine Göre Yaş Ortalamaları

Cinsiyet	Yaş	
	Ortalama±Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Kadın	24,4±1,0	23-27
Erkek	24,6±1,2	22-28
Toplam	24,5±1,1	22-28

Çalışmaya katılanların 125'i (%88) çocuğun fiziksel istismarı konusunu ders olarak gördüğünü, 121'i (%85,2) staj eğitiminde gördüğünü, 38'i (%26,8) bu konu ile alakalı kitap ve makale okuduğunu, 21'i (%14,8) bu konu ile alakalı seminer ve panellere katıldığını belirtmiştir (Tablo 4.3). İtern hekimler arasında ders veya staj eğitimi sırasında çocuğun fiziksel istismarı ile alakalı eğitim almadığını belirten olmamıştır.

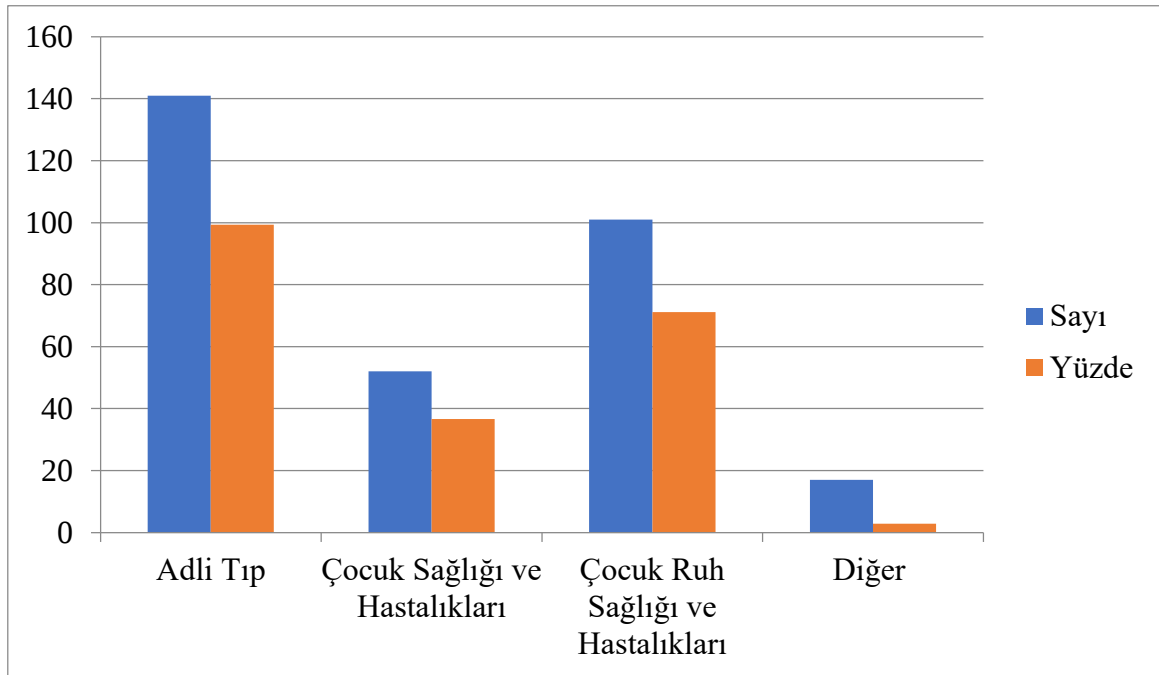
Tablo 4.3. İtern Hekimlerin Fiziksel İstismar Konusundaki Eğitim Alma Kaynakları

Eğitim Alma Kaynakları	Sayı	Yüzde
Kitap ve makale okudum.	38	26,8%
Seminer ve panellere katıldım.	21	14,8%
Ders olarak gördüm.	125	88,0%
Staj eğitimi aldım.	121	85,2%

*Bu soruda birden çok seçenek işaretlenebildiği için toplam değerler olgu sayısından fazladır.

Çalışmaya katılan hekimlerin 141'i (%99,3) adli tıp, 101'i (%71,1) çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları, 52'si (%36,6) çocuk sağlığı ve hastalıkları, 17'si (%12) ise diğer uzmanlık alanlarının çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim verdiğini belirtmiştir (Grafik 4.2).

Grafik 4.2. Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Eğitim Veren Uzmanlık Alanları



*Bu soruda birden çok seçenek işaretlenebildiği için toplam değerler olgu sayısından fazladır.

Çalışmaya katılan intern hekimlerin 93'ü (%65,5) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldığı eğitimin mezuniyet sonrası için kısmen yeterli düzeyde olduğunu, 27'si (%19) yeterli düzeyde olduğunu, 19'u (%13,4) yetersiz düzeyde olduğunu, 3'ü (%2,1) her açıdan yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterlilik Durumu Hakkındaki Düşünceler

Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterlilik Durumu Hakkındaki Düşünceler	Sayı	Yüzde
Yetersiz düzeydeydi.	19	13,4
Kısmen yeterli düzeydeydi.	93	65,5
Yeterli düzeydeydi.	27	19,0
Her açıdan yeterli düzeydeydi.	3	2,1
Toplam	142	100,0

İntern hekimlerin 49'u (%34,5) mezuniyet sonrasında hatırlatıcı olması anlamında, 44'ü (%31) eksiklerini gidermek için, 42'si (%29,6) tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterken; 7'si (%4,9) mezuniyet sonrasında eğitim almaya gerek duymadığını belirtmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Mezuniyet Sonrasında Tekrar Eğitim Almak İsteme Konusundaki Düşünceler

Tekrar Eğitim Almak İsteme Konusundaki Düşünceler	Sayı	Yüzde
Gerek yok.	7	4,9
Hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isterim.	49	34,5
Eksiklerimi gidermek için eğitim almak isterim.	44	31,0
Tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterim.	42	29,6
Toplam	142	100,0

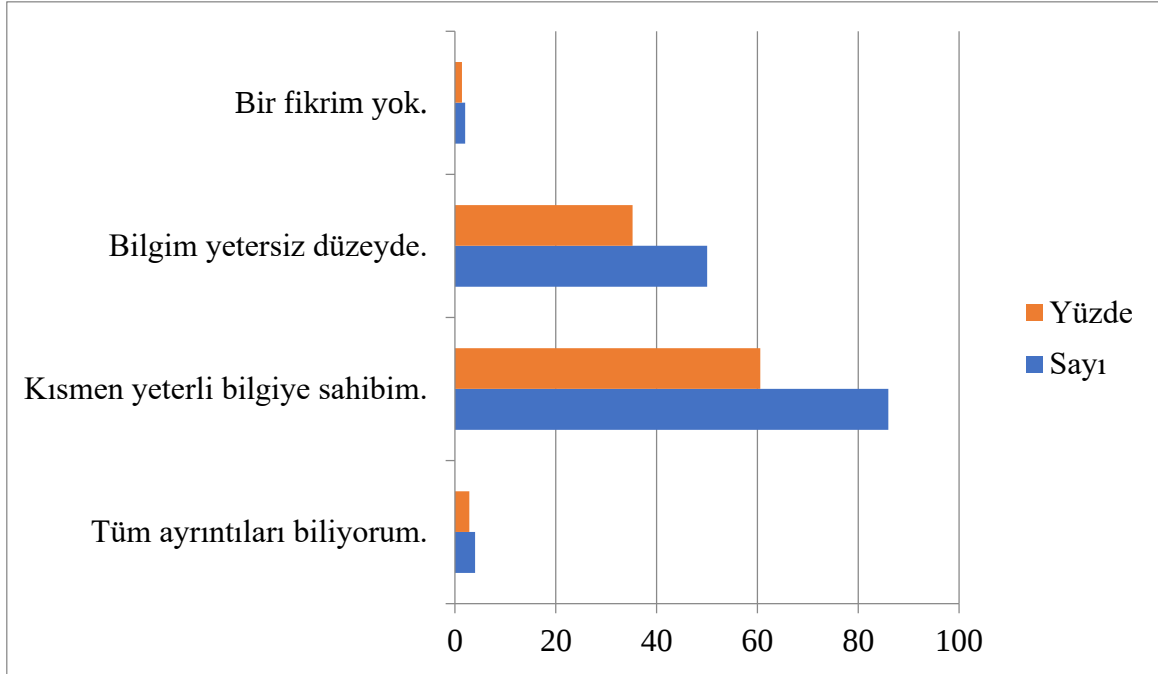
Çalışmaya katılanların 94'ü (%66,7) meslek hayatında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk hasta ile mutlaka karşılaşacağını, 45'i (%31,9) karşılaşma olasılığının olduğunu, 2'si (%1,4) karşılaşmayacağını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Meslek Hayatında Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk ile Karşılaşılma Olasılığı Hakkındaki Düşünceler

Meslek Hayatında Fiziksel İstismar Olguları ile Karşılaşma Olasılığı Hakkındaki Düşünceler	Sayı	Yüzde
Mutlaka karşılaşırım.	94	66,7
Karşılaşma olasılığım var.	45	31,9
Karşılaşmam.	2	1,4
Toplam	141	100,0

Çalışmaya katılanların 86'sı (%60,6) çocuğun fiziksel istismarı şüphesi bulunan bir hasta ile karşılaştığında yapması gerekenler konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu, 50'si (%35,2) bilgisinin yetersiz düzeyde olduğunu, 4'ü (%2,8) yapması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bildiğini, 2'si (%1,4) ise yapması gerekenler konusunda bir fikri olmadığını belirtmiştir (Grafik 4.3).

Grafik 4.3. Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk ile Karşılaşıldığında Yapılması Gerekenler Konusunda Kendini Yeterli Hissetme Durumu



İntern hekimlerin 113'ü (%79,6) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğinde her koşulda adli bildirim yapacağını, 29'u (%20,4) ise adli bildirime yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların hiçbiri çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğinde adli bildirim yapmayacağını ifade etmemiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Fiziksel İstismar Şüphesinde Adli Bildirim Yapmayı Düşünme Durumu

Fiziksel İstismar Şüphesinde Adli Bildirim Yapmayı Düşünme Durumu	Sayı	Yüzde
Her koşulda bildiririm.	113	79,6
Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	29	20,4
Hiçbir koşulda bildirim yapmam.	0	0,0
Toplam	142	100,0

Çalışmaya katılan hekimlere adli bildirimin nasıl yapılacağı konusundaki bilgi düzeyleri sorulduğunda ise 64'ü (%45,1) kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu, 62'si (%43,7) bilgisinin yetersiz düzeyde olduğunu, 14'ü (%9,9) bu konuda yeterli bilgiye sahip olduğunu, 2'si (%1,4) ise bu konuda herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. İtern Hekimlerin Adli Bildirimin Nasıl Yapılacağı Konusundaki Bilgi Düzeyleri Konusundaki Görüşleri

Adli Bildirimin Nasıl Yapılacağı Konusundaki Bilgi Düzeyleri Konusundaki Görüşleri	Sayı	Yüzde
Yeterli bilgiye sahibim.	14	9,9
Kısmen yeterli bilgim var.	64	45,1
Bilgim yetersiz düzeyde.	62	43,7
Bu konuda herhangi bir bilgim yok.	2	1,4
Toplam	142	100,0

Çalışmaya katılanlara adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olup olmadığı sorulduğunda 101 intern hekim (%71,1) çekinceleri olduğunu, 41 intern hekim (%28,9) ise adli bildirim yapmak konusunda çekinceleri olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.9).

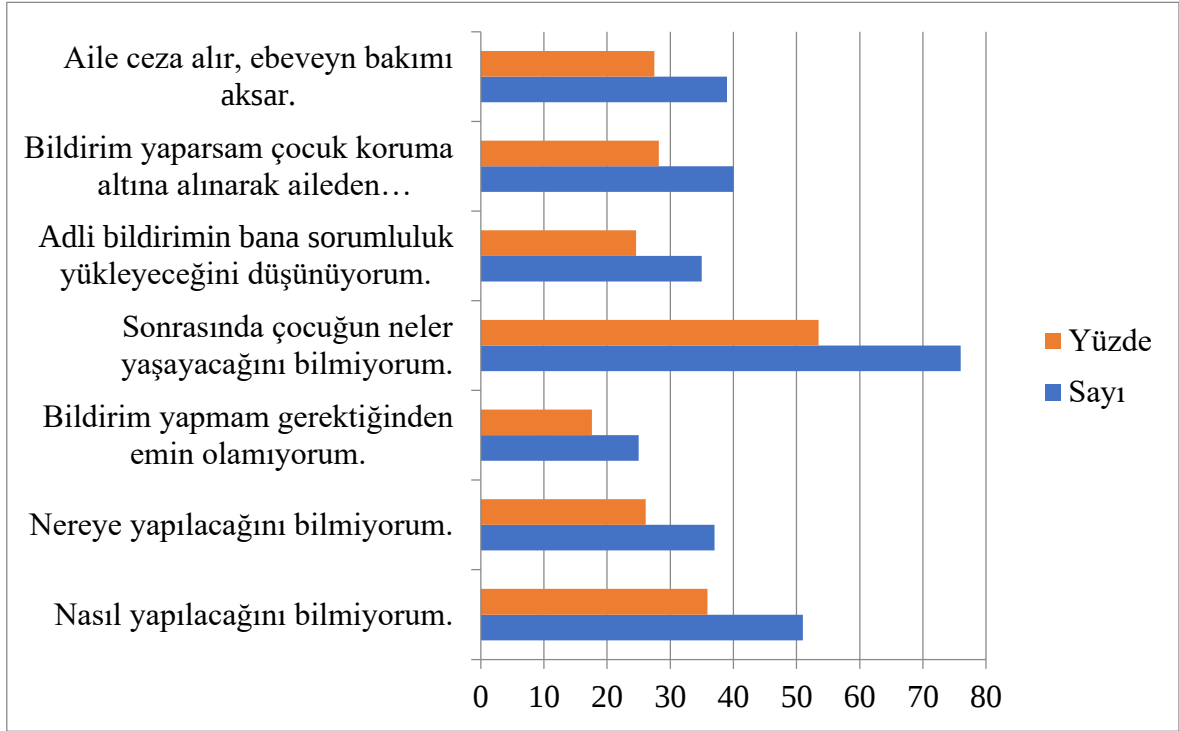
Tablo 4.9. Adli Bildirim Yapma Konusunda Çekincelerinin Olup Olmaması Durumu

Adli Bildirim Yapma Konusunda Çekince Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	101	71,1
Hayır	41	28,9
Toplam	142	100,0

Adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olduğunu belirten intern hekimlere bu çekincelerin neler olduğu sorulduğunda; intern hekimlerin 76'sı (%53,5) adli bildirim sonrasında çocuğun neler yaşayacağını bilmediğini, 51'i (%35,9) adli bildirimin nasıl yapılacağını bilmediğini, 40'ı (%28,2) bildirim yaparsa çocuğun koruma altına alınarak

aileden uzaklaştırılabilineceğini, 39'u (%27,5) ailenin ceza alacağı ve ebeveyn bakımının aksayacağını, 37'si (%26,1) nereye yapılacağını bilmediğini, 35'i (%24,6) adli bildirimin kendisine sorumluluk yükleyeceğini düşündüğünü, 25'i (%17,6) ise bildirim yapması gerektiğinden emin olamadığını belirtmiştir (Grafik 4.4).

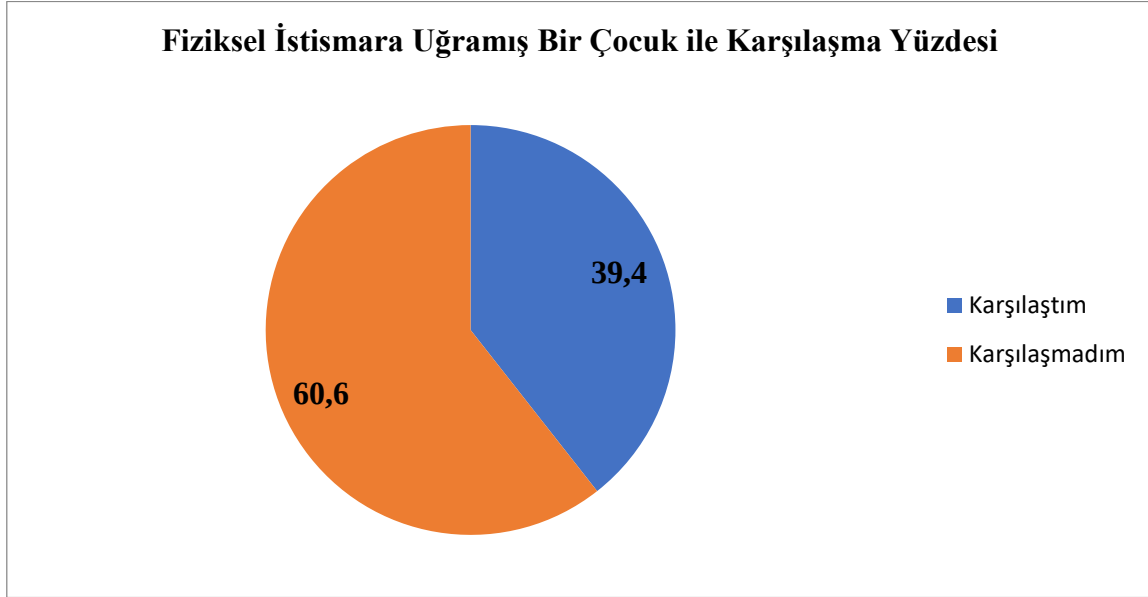
Grafik 4.4. Adli Bildirim Yapma Konusundaki Çekinceler



* Bu soruda birden çok seçenek işaretlenebildiği için toplam değerler olgu sayısından fazladır.

Çalışmaya katılanlara eğitim döneminde hiç fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmadıkları sorulduğunda; hekimlerin 86'sı (%60,6) karşılaşmadığını, 56'sı (%39,4) ise karşılaştığını belirtmiştir (Grafik 4.5).

Grafik 4.5. Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumları



Çalışmaya katılan kadın intern hekimlerin 31'i (%41,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmışken; erkeklerin 25'i (%37,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştığını belirtmişlerdir. Katılımcıların cinsiyetleri arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.10). Çalışmaya katılan hekimlerden; 23 yaş ve altında bulunan intern hekimlerin 11'i (%45,8), 24-25 yaşlarında olanların 34'ü (%37), 26 yaş ve üzerinde olan intern hekimlerin ise 11'i(42,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 4.10). Katılımcıların yaşları arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.10. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk ile Karşılaşma Durumları

Yaş ve Cinsiyet		Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumları		P
		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	31(%41,3)	44(%58,7)	0,731
	Erkek	25(%37,3)	42(%62,7)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	
Yaş	23 yaş ve altı	11(%45,8)	13(%54,2)	0,691
	24-25 yaş	34(%37)	58(%63)	
	26 yaş ve üzeri	11(%42,3)	15(%57,7)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	

*p<0,05

Çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde olduğunu düşünenlerin 4'ü (%21,1), kısmen yeterli düzeyde olduğunu düşünenlerin 41'i (%44,1), yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde diye düşünenlerin 11'i (%36,7) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştıklarını belirtmiştir (Tablo 4.11). Çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli olup olmaması hakkında farklı görüşlerdeki intern hekimler arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmış karşılaşılmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Mezuniyet sonrasında tekrar eğitim almaya gerek olmadığını düşünen intern hekimlerin 3'ü (%42,9), hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isteyenlerin 19'u (%38,8), eksiklerini gidermek için eğitim almak isteyenlerin 17'si (%38,6) ve tekrar kapsamlı bir eğitim almak isteyenlerin 17'si (%40,5) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile

karşılaştığını belirtmiştir (Tablo 4.11). Çocukların fiziksel istismarı konusunda mezuniyet sonrasında yeniden eğitim almak konusundaki farklı görüşlerdeki intern hekimler arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Tablo 4.11. Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği ve Mezuniyet Sonrasında Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Tekrar Eğitim Almak Konusundaki Düşüncelerinin Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı

Alınan Eğitimin Yeterliliği ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Konusundaki Düşünceler		Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumları		P
		Evet	Hayır	
Mezuniyet sonrasında bu konuda tekrar eğitim almak ister misiniz?	Gerek yok.	3(%42,9)	4(%57,1)	0,995
	Hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isterim.	19(%38,8)	30(%61,2)	
	Eksiklerimi gidermek için eğitim almak isterim.	17(%38,6)	27(%61,4)	
	Tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterim.	17(%40,5)	25(%59,5)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	
Çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldığınız/alacağınız eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli olacağını düşünüyor musunuz?	Yetersiz düzeydeydi.	4(%21,1)	15(%78,9)	0,163
	Kısmen yeterli düzeydeydi.	41(%44,1)	52(%55,9)	
	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	11(%36,7)	19(%63,3)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	

*p<0,05

Fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk hasta ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen ve kısmen yeterli bilgiye sahip olan hekimlerin 42'si (%46,7), bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bu konuda bir fikri olmayan hekimlerin ise 14'ü (%26,9) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk hasta ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri bilen ve bu konuda kısmen yeterli bilgiye sahip olan intern hekimlerin daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmama oranının bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bir fikri olmayanların fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmama oranına göre beklenenden çok daha düşük olduğu belirlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($0,022 < 0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Fiziksel İstismara Uğramış Olma İhtimali Olan Bir Çocuk Hasta ile Karşılaşıldığında Yapılması Gerekenleri Bilme Durumunun Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk ile Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı

Kendilerini Yeterli Görme Konusundaki Düşünceler		Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumları		P
		Evet	Hayır	
Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hasta ile karşılaştığınızda yapmanız gerekenleri biliyor musunuz?	Tüm ayrıntıları biliyorum/Kısmen yeterli bilgiye sahibim	42(%46,7)	48(%53,3)	0,022*
	Bilgim yetersiz düzeyde/Bir fikrim yok	14(%26,9)	38(%73,1)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	

*p<0,05

Çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda adli bildirimini her koşulda yapacağını ifade eden hekimlerin 46'sı (%40,7), yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini ifade edenlerin 10'u (%34,5) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştığını belirtmiştir. Çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda adli bildirimini her koşulda yapacağını ifade eden hekimler ile yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini ifade edenler arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.13).

Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip ve kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimlerin 36'sı (%46,2), bilgisini yetersiz düzeyde gören ve bu konuda herhangi bir bilgisi olmadığını düşünenlerin ise 20'si (%31,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştığını belirtmiştir. Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip ve kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimler ile bilgisini yetersiz düzeyde gören ve bu konuda herhangi bir bilgisi olmadığını düşünenler arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.13)

Tablo 4.13. Adli Bildirim Yapma ve Adli Bildirim Yapma Konusundaki Bilgi Düzeyi Konusundaki Düşüncelerin Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşmış Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Adli Bildirim Yapma Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Adli Bildirim Yapmaya Yaklaşım Konusundaki Düşünceler		Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaşma Durumları		P
		Evet	Hayır	
Çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğiniz durumlarda adli bildirim yapmayı düşünür müsünüz?	Her koşulda bildiririm.	46(%40,7)	67(%59,3)	0,671
	Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	10(%34,5)	19(%65,5)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	
Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	Yeterli bilgiye sahibim/Kısmen yeterli bilgim var	36(%46,2)	42(%53,8)	0,085
	Bilgim yetersiz düzeyde/Bu konuda herhangi bir bilgim yok	20(%31,3)	44(%68,7)	
	Toplam	56(%39,4)	86(%60,6)	

*p<0,05

Çalışmaya katılan kadın intern hekimlerin 59'u (%78,7), erkeklerin ise 53'ü (%79,1) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.14).

Çalışma kapsamında değerlendirilen ve 23 yaş ve altında bulunan intern hekimlerin 14'ü (%58,3), 24-25 yaşlarında olan intern hekimlerin 75'i (%81,5), 26 yaş ve üzerinde olan intern hekimlerin ise 23'ü (%88,5) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaşları arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($0,019 < 0,05$). 23 yaş ve altında bulunan hekimlerin, çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu düşünenlerin oranı yaşça daha büyük hekimlere göre beklenenden çok daha yüksektir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. İtern Hekimlerin Cinsiyetleri ve Yaş Gruplarına göre Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı

Yaş ve Cinsiyet		Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterliliği Konusundaki Düşünceler		P
		Yetersiz düzeydeydi/Kısmen yeterli düzeydeydi	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	
Cinsiyet	Kadın	59(%78,7)	16(%21,3)	0,949
	Erkek	53(%79,1)	14(%20,9)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	
Yaş	23 yaş ve altı	14(%58,3)	10(%41,7)	0,019*
	24-25 yaş	75(%81,5)	17(%18,5)	
	26 yaş ve üzeri	23(%88,5)	3(%11,5)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	

*p<0,05

Mezuniyet sonrasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda tekrar eğitim almaya gerek olmadığını düşünen intern hekimlerin 4'ü (%57,1), hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isteyenlerin 15'i (%30,6), eksiklerini gidermek için eğitim almak isteyenlerin 5'i (%11,4) ve tekrar kapsamlı bir eğitim almak isteyenlerin 6'sı (%14,3) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir Çocukların fiziksel istismarı konusunda mezuniyet sonrasında yeniden eğitim almak konusunda hekimlerin verdikleri cevaplar arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur($0,003 < 0,05$) (Tablo 4.15). Mezuniyet sonrasında tekrar eğitim almaya gerek olmadığını düşünen hekimler, eğitim almaya istekli olan hekimlere göre beklenenden daha yüksek oranda çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.15. Mezuniyet Sonrasında Tekrar Eğitim Almak İsteme Düşüncelerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma İsteği	Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterlilik Durumu		P
	Yetersiz düzeydeydi/Kısmen yeterli düzeydeydi	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	
Gerek yok.	3(%42,9)	4(%57,1)	0,008*
Hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isterim.	34(%69,4)	15(%30,6)	
Eksiklerimi gidermek için eğitim almak isterim.	39(%88,6)	5(%11,4)	
Tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterim.	36(%85,7)	6(%14,3)	
Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	

*p<0,05

Fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen/kısmen yeterli bilgiye sahip olan intern hekimlerin 64'ü (%71,1), bilgisi yetersiz düzeyde olan/bu konuda bir fikri olmayanların 48'i (%92,3) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile karşılaştıklarında bilgisi yetersiz düzeyde olan/bu konuda bir fikri olmayan intern hekimlerin, yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen/kısmen yeterli bilgiye sahip intern hekimlere göre çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu belirtenlerinin oranının beklenenden çok daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur(0,003<0,05) (Tablo 4.16)

Tablo 4.16. Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk ile Karşılaşıldığında Yapılması Gerekenler Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyleri Konusundaki Düşünceler	Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşünceler		P
	Yetersiz düzeydeydi/Kısmen yeterli düzeydeydi	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	
Tüm ayrıntıları ile biliyorum/Kısmen yeterli bilgiye sahibim	64(%71,1)	26(%28,9)	0,003*
Bilgim yetersiz düzeyde/Bir fikrim yok	48(%92,3)	4(%7,7)	
Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	

*p<0,05

Meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocukla mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimlerin 74'ü (%78,7), karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünenlerin 38'i (%80,9) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hastayla mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimler ile karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünenlerin arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Meslek Hayatında Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Olan Bir Çocuk Hasta ile Karşı Karşıya Kalma Konusundaki Düşüncenin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Meslek Hayatında Fiziksel İstismara Uğramış Olma Şüphesi Bulunan Bir Çocukla Karşılaşma Konusundaki Düşünceler	Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterlilik Durumu		P
	Yetersiz düzeydeydi/Kısmen yeterli düzeydeydi	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	
Mutlaka karşılaşırım.	74(%78,7)	20(%21,3)	0,828
Karşılaşma olasılığım var/Karşılaşmam.	38(%80,9)	9(%19,1)	
Toplam	112(%79,4)	29(%20,6)	

*p<0,05

Çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda adli bildirimini her koşulda yapacağını ifade eden intern hekimlerin 88'i (%77,9), yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini ifade edenlerin 24'ü (%82,8) çocuğun fiziksel

istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğiniz durumlarda adli bildirim her koşulda yapacağını ifade eden intern hekimler ile yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini ifade edenler arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Adli Bildirim Yapma Düşüncesinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Adli Bildirim Konusundaki Düşünceler	Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasındaki Yeterliliği Konusundaki Düşünceler		P
	Yetersiz düzeydeydi/Kısmen yeterli düzeydeydi	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	
Her koşulda bildiririm.	88(%77,9)	25(%22,1)	0,799
Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	24(%82,8)	5(%17,2)	
Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	

*p<0,05

Adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olan intern hekimlerin 82'si (%81,2), çekincesi olmayanların ise 30'u (%73,2) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Adli bildirim yapma konusunda çekincesi olmayan intern hekimler ile bu konuda çekinceleri olan hekimler arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda

aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.19).

Çalışma kapsamında bulunan intern hekimlerin çekincelerine bakıldığında, bildirim yaparsa çocuğun koruma altına alınarak aileden uzaklaştırılacağı konusunda çekinceleri olan intern hekimlerin 31'i (%77,5), sonrasında çocuğun neler yaşayacağı konusunda çekinceleri olan hekimlerin 60'ı (%78,9), aile ceza alır ve ebeveyn bakımı aksar diye endişelenenlerin 33'ü (%84,6) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Bu konularda çekinceleri olan intern hekimler ile çekincesi olmayanlar arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.19). Ancak adli bildirimin nereye ve/veya nasıl yapacağını bilmeyen intern hekimlerden 51'i (%92,7) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiş olup bu hususta çekinceleri olan intern hekimler ile çekincesi olmayanlar arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,001<0,05$) (Tablo 4.19). Adli bildirimi nereye ve/veya nasıl yapacağını bilmeyen ve bu konuda tedirgin olan intern hekimler, çekincesi olmayanlara göre beklenenden daha düşük oranda çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.19. Adli Bildirim Yapma Konusunda Çekincelerinin Varlığının ve bu Çekincelerin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Aldığı/Alacakları Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Adli Bildirim Konusundaki Çekinceler		Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusunda Alınan Eğitimin Mezuniyet Sonrasında Yeterlilik Durumu		P
		Yetersiz düzeydeydi/Kısmen yeterli düzeydeydi	Yeterli düzeydeydi/Her açıdan yeterli düzeydeydi	
Adli bildirim yapma konusunda çekinceniz var mı?	Evet	82(%81,2)	19(%18,8)	0,364
	Hayır	30(%73,2)	11(%26,8)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	
Bildirim yaparsam çocuk koruma altına alınarak aileden uzaklaştırılabilir.	Evet	31(%77,5)	9(%22,5)	0,821
	Hayır	81(%79,4)	21(%20,6)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	
Sonrasında çocuğun neler yaşayacağını bilmiyorum.	Evet	60(%78,9)	16(%21,1)	0,981
	Hayır	52(%78,8)	14(%21,2)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	
Nasıl ve/veya nereye yapacağını bilmiyorum	Evet	51(%92,7)	4(%7,3)	0,001*
	Hayır	61(%70,1)	26(%29,9)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	
Aile ceza alır, ebeveyn bakımı aksar.	Evet	33(%84,6)	6(%15,4)	0,363
	Hayır	79(%76,7)	24(%23,3)	
	Toplam	112(%78,9)	30(%21,1)	

*p<0,05

Çalışmaya katılan kadın intern hekimlerin 63'ü (%84), erkeklerin 50'si (%74,6) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşünmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri arasında çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda adli bildirim yapma konusundaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.20).

Çalışma kapsamında değerlendirilen ve 23 yaş ve altında bulunan intern hekimlerin 18'i (%75), 24-25 yaşlarında olanların 73'ü (%79,3), 26 yaş ve üzerinde olanların ise 22'si (%84,6) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşündüğünü ifade etmektedir Katılımcıların yaşları arasında çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda adli bildirim yapma konusundaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Çocuğun Fiziksel İstismarından Şüphelendiği Durumlarda Adli Bildirim Yapma Düşüncelerinin Dağılımı

Yaş ve Cinsiyet		Adli Bildirim Yapmayı Düşünme		P
		Her koşulda bildirim.	Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	
Cinsiyet	Kadın	63(%84)	12(%16)	0,212
	Erkek	50(%74,6)	17(%25,4)	
	Toplam	113(%79,6)	29(%20,4)	
Yaş	23 yaş ve altı	18(%75)	6(%25)	0,694
	24-25 yaş	73(%79,3)	19(%20,7)	
	26 yaş ve üzeri	22(%84,6)	4(%15,4)	
	Toplam	113(%79,6)	29(%20,4)	

*p<0,05

Mezuniyet sonrasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda tekrar eğitim almaya gerek olmadığını düşünen intern hekimlerin 5'i (%71,4), hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isteyenlerin 38'i (%77,6), eksiklerini gidermek için eğitim almak isteyenlerin 37'si (%84,1) ve tekrar kapsamlı bir eğitim almak isteyenlerin 33'ü (%78,6) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşündüğünü belirtmektedir. Çocuğun fiziksel istismarı konusunda mezuniyet sonrasında tekrar eğitim almak konusunda hekimlerin verdikleri cevaplar arasında çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda adli bildirim yapma konusundaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.21)

Tablo 4.21. Mezuniyet Sonrasında Tekrar Eğitim Alma İsteklerinin, Çocuğun Fiziksel İstismarından Şüphelendiği Durumlarda Adli Bildirim Yapma Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Mezuniyet Sonrası Tekrar Eğitim Alma İsteği	Adli Bildirim Yapmayı Düşünme		P
	Her koşulda bildirim.	Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	
Gerek yok.	5(%71,4)	2(%28,6)	0,804
Hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isterim.	38(%77,6)	11(%22,4)	
Eksiklerimi gidermek için eğitim almak isterim.	37(%84,1)	7(%15,9)	
Tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterim.	33(%78,6)	9(%21,4)	
Toplam	113(%79,6)	29(%20,4)	

*p<0,05

Fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları bilen/kısmen yeterli bilgiye sahip intern hekimlerin 78'i (%86,7), bilgisi yetersiz düzeyde olan/bu konuda bir fikri olmayanların 35'i (%67,3) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile

karşılaştıklarında bilgisi yetersiz düzeyde olan/bu konuda bir fikri olmayan intern hekimlerin, yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen/kısmen yeterli bilgiye sahip hekimlere göre çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtenlerin oranının beklenenden çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($0,009 < 0,05$) (Tablo 4.22).

Meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimlerin 80'i (%85,1), karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünenlerin 32'si (%68,1) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hastayla karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünen intern hekimlerin, mutlaka karşılaşacağını düşünenlere göre çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtenlerin oranının beklenenden çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($0,026 < 0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Fiziksel İstismara Uğramış Bir Çocuk İle Karşılaştıklarında Yapılması Gerekenler Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Meslek Hayatlarında Fiziksel İstismara Uğramış Olma İhtimali Olan Bir Çocuk ile Karşı Karşıya Kalmak Konusundaki Düşüncelerinin Adli Bildirim Yapma Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

İntern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri ve Fiziksel İstismarla İlgili Olgularla Karşılaşma Olasılığı Konusundaki Düşünceler		Adli Bildirim Yapmayı Düşünme		P
		Her koşulda bildiririm.	Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	
Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hasta ile karşılaştığınızda yapmanız gerekenleri biliyor musunuz?	Tüm ayrıntıları biliyorum/Kısmen yeterli bilgiye sahibim	78(%86,7)	12(%13,3)	0,009*
	Bilgim yetersiz düzeyde/Bir fikrim yok	35(%67,3)	17(%32,7)	
	Toplam	113(%79,6)	29(%20,4)	
Meslek hayatınızda fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hastayla karşı karşıya kalabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Mutlaka karşılaşırım.	80(%85,1)	14(%14,9)	0,026*
	Karşılaşma olasılığım var/Karşılaşmam.	32(%68,1)	15(%31,9)	
	Toplam	112(%79,4)	29(%20,6)	

*p<0,05

Adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olan intern hekimlerin 75'i (%74,3), çekincesi olmayanların ise 38'i (%92,7) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Adli bildirim yapma konusunda çekincesi olmayan intern hekimlerin, bu konuda çekinceleri olan hekimlere

göre çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtenlerin oranının beklenenden çok daha düşük olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($0,012 < 0,05$)(Tablo 4.23).

Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olan intern hekimlerin 68'i (%87,2), bilgisi yetersiz düzeyde/bu konuda herhangi bir bilgisi olmayanların ise 45'i (%70,3) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda bilgisi yetersiz düzeyde/bu konuda herhangi bir bilgisi olmayanlar, adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olan intern hekimlere göre beklenenden daha yüksek oranda çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($0,020 < 0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Adli Bildirim Yapmak Konusunda Çekincelerin ve Adli Bildirimin Nasıl Yapıldığı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Adli Bildirim Yapma Konusundaki Düşüncelere Göre Dağılımı

Adli Bildirim Yapma Konusundaki Çekince ve Adli Bildirim Konusundaki Bilgi Düzeyi		Adli Bildirim Yapmayı Düşünme		P
		Her koşulda bildiririm.	Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.	
Adli bildirim yapma konusunda çekinceniz var mı?	Evet	75(%74,3)	26(%25,7)	0,012*
	Hayır	38(%92,7)	3(%7,3)	
	Toplam	113(%79,6)	29(%20,4)	
Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda bilgi düzeyi	Yeterli bilgiye sahibim/Kısmen yeterli bilgim var	68(%87,2)	10(%12,8)	0,020*
	Bilgim yetersiz düzeyde/Bu konuda herhangi bir bilgim yok	45(%70,3)	19(%29,7)	
	Toplam	113(%79,6)	29(%20,4)	

*p<0,05

Araştırmaya katılan intern hekimlerin bilgi ölçme formundaki alt boyutlara ait gruplardan aldıkları ortalama puanlar olumlu(pozitif) doğrultuda düzenlenen sorular için “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilerek ve olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen sorular için “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan verilerek hesaplanmış ve puan ortalamaları bulunmuş olup; alt

boyutlarda her sorunun doğru cevaplamaşı halinde alınabilecek en yüksek ortalama puan 5 olarak değerdendirilmiştir. En yüksek ortalama puanın fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutundan alındığı, en düşük ortalama puanın ise fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyut grubundan alındığı görülmektedir(Tablo 4.24)

Tablo 4.24. İntern Hekimlerin Alt Boyut Gruplarına Göre Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Bilgi Ölçme Soruları Alt Boyutları	Soru Sayısı	Medyan	Standart Sapma	Maksimum-Minimum
Fiziksel İstismardan Şüphe Edilmesi Gereken Durumlar ve Fiziksel İstismardan Şüphelenildiğinde Muayenede Yapılması Gerekenler	13	4,54	0,46	(5-3)
Fiziksel İstismarda Yaralanma Sıklıkları	4	4,00	0,63	(5-2)
Fiziksel İstismarda Yaralanmanın Yeri ve Oluşma Şekilleri	3	2,67	0,82	(5-1)
Adli Bildirim	4	3,50	0,65	(5-2)
Fiziksel Bulgular	3	3,33	0,74	(5-2)
Toplam	27	3,96	0,38	(4,81-3)

Araştırmaya katılan intern hekimlerin bilgi ölçme formundaki sorulardan aldıkları ortalama puanlar her soru için doğru yanıtın puanının 5 olması göz önüne alınarak değerdendirildiğinde en yüksek puan alınan sorular Tablo 4.25’te, en düşük puan alınan sorular ise Tablo 4.26’da gösterilmiştir.

Tablo 4.25. İntern Hekimlerin En Yüksek Puan Aldığı 5 Soru

No	Bilgi Ölçme Soruları	Ort	Med	SS	Max-Min
27	Fiziksel istismar tanısında çocuğun ruhsal olarak değerlendirilmesi anlamsızdır.	4,8	5,0	0,73	(5-0)
37	Adli bildirim yaparken ailenin rızası dikkate alınır.	4,6	5,0	0,64	(5-3)
5	Ekimozların özellikleri fiziksel istismar konusunda bilgi verebilir.	4,6	5,0	0,62	(5-1)
36	Fiziksel istismar şüphesi olan çocuklarda çocuğun ailesiyle ilişkisi gözlemlenmelidir.	4,6	5,0	0,59	(5-2)
18	Çocukta davranışsal ve ruhsal değişimler gözlenmesi fiziksel istismarın belirtisi olabilir.	4,6	5,0	0,55	(5-3)

Tablo 4.26. İntern Hekimlerin En Düşük Puan Aldığı 5 Soru

No	Bilgi Ölçme Soruları	Ort	Med	SS	Max-Min
16	Fiziksel istismar sonucu oluşan lezyonlar en çok alt bacağın ön kısmı, diz, dirsek ve kemiğin deriye yakın olduğu vücut bölgelerinde olur.	2,8	3,0	1,27	(5-1)
22	Fiziksel istismarda ekstremitte kırıkları anormal açılanma, bükme veya çekmeden ziyade direkt kemiğe darbe sonucu oluşur.	2,8	3,0	1,12	(5-1)
39	Fiziksel istismar şüphesi olan olgularda adli bildirimin yapılması sonucunda çocuk aileden alınarak sosyal hizmetlerin kurumlarına yerleştirilir.	2,8	3,0	0,92	(5-1)
29	Uzun kemik diyafiz kırıkları fiziksel istismara yüksek derecede özgünlük gösterir.	2,9	3,0	1,03	(5-1)
35	Sarsılmış bebek sendromunda en sık karşılaşılan beyin dokusu hasarı epidural beyin kanamasıdır.	3,4	3,0	1,36	(5-1)

Meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimler ile karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünenler arasında fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyutu, adli bildirim alt boyutu ve fiziksel bulgular alt boyutu değerlerinin her biri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile mutlaka karşılaşırım diyen intern hekimlerin fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutu ve toplamından aldıkları puanlar karşılaşma olasılığım var/karşılaşmam diyenlere göre daha yüksek olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p_1=0,036$; $p_6=0,031 <0,05$) (Tablo 4.27).

Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları biliyor/kısmen yeterli bilgiye sahip intern hekimler ile bilgisi yetersiz düzeyde olan/bir fikri olmayanlar arasında fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyutu ve fiziksel bulgular alt boyutundan aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları biliyor/kısmen yeterli bilgiye sahip intern hekimlerin, bilgisi yetersiz düzeyde olan/bir fikri olmayanlara göre fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutu, adli bildirim alt boyutu ve toplam değerlerinden oldukça daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_1=0,007$; $p_4=0,036$; $p_6=0,010 <0,05$) (Tablo 4.27).

Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olan intern hekimler ile bilgisi yetersiz düzeyde/bu konuda herhangi bir bilgisi olmayanlar arasında fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyutu, fiziksel bulgular alt boyutu ve toplam değerlerin her biri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak adli bildirimin nasıl yapılacağı

konusunda yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olan intern hekimler, bilgisi yetersiz düzeyde/bu konuda herhangi bir bilgisi olmayanlara göre adli bildirim alt boyutundan daha yüksek puan almıştır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p_4=0,035<0,05$) (Tablo 4.27).



Tablo 4.27. İntern Hekimlerin Özelliklerinin Alt Boyutlardan Aldıkları Puan Durumuna Göre Dağılımı

İntern Hekimlerin Fiziksel İstismara Maruz Kalmış Çocukla Karşılaşma, Karşılaşma sonrası Yapılacaklar Konusundaki Bilgileri ve Adli Bildirim Konusundaki Düşünceleri		n	Fiziksel istismardan şüphelenilmesi gereken durumlar ve şüphelenildiğinde muayene de yapılması gerekenler	Fiziksel istismarda yaralanma sıklığı	Fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri	Adli bildirim	Fiziksel bulgular	Toplam
Meslek hayatında fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşma			Med±SS	Med±SS	Med±SS	Med±SS	Med±SS	Med±SS
	Mutlaka karşılaşırım.	94	4,65±0,42	4±0,64	3±0,84	3,5±0,7	3,67±0,75	4±0,36
	Karşılaşma olasılığım var/Karşılaşmam.	47	4,38±0,49	4±0,62	2,67±0,76	3,5±0,5	3,33±0,73	3,85±0,39
	Test İstatistiği		1731,5	2149	1898	1819	2118,5	1717
	P		0,036*	0,791	0,17	0,085	0,690	0,031*
Fiziksel istismara uğramış bir çocuğa yapılması	Tüm ayrıntıları biliyorum/Kısmen yeterli bilgiye	90	4,69±0,45	4±0,65	2,67±0,89	3,65±0,68	3,67±0,75	4,04±0,38

gerekenler	sahibim.							
	Bilgim yetersiz düzeyde/Bir fikrim yok.	52	4,31±0,46	4±0,6	2,67±0,6 9	3,40±0,5 5	3,33±0,7 2	3,85±0, 36
	Test İstatistiği		1704,5	2130	2289,5	1850	2047	1728
	P		0,007**	0,369	0,829	0,036*	0,210	0,010*
Adli bildirimin nasıl yapılacağı	Yeterli bilgiye sahibim/Kısmen yeterli bilgim var	78	4,62±0,41	4±0,63	2,67±0,8 5	3,66±0,7 1	3,67±0,7 8	3,98±0, 37
	Bilgim yetersiz düzeyde/Bu konuda herhangi bir bilgim yok	64	4,5±0,52	4±0,65	2,83±0,7 8	3,43±0,5 4	3,33±0,6 8	3,91±0, 39
	Test İstatistiği		2333,5	2374	2497,5	1987	2255	2212,5
	P		0,504	0,613	0,995	0,035*	0,318	0,245

*p<0,05

5. TARTIŞMA

Çocuğun fiziksel istismarı çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir halk sağlığı sorunu olup aynı zamanda da çocukların insan haklarının ihlalidir. ^(190, 191) Ayrıca erken ve geç dönem etkileriyle birlikte düşünüldüğünde bireyde meydana gelebilecek davranışsal, duygusal, bilişsel ve somatik sorunların nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır.⁽¹⁹²⁾ Fiziksel istismar olgularının hemen hemen hepsinde aileler ya da bakmakla görevli kişiler genellikle aydınlatıcı öykü vermezler. Çocuk istismarını gizleme eğilimi olduğundan, kesin tanı koydurucu bir fiziksel bulgu ya da istismarın olup olmadığını gösteren bir test bulunmadığından tanının konmasında ve ölümcül sonuçların önlenmesinde hastayı gören doktorun şüphe etmesi, farkındalığı, yaklaşımı, bilgi birikimi ve motivasyonu özellikle önem arz etmektedir.^(191, 193, 194) Bu nedenle çocuk istismarı ve ihmali olguları gerek maruz kalan bireyin hayatına etkisi ve psikososyal gelişimi gerek bu durumun toplumsal sonuçları ve gerekse hekimin mesleki kariyeri ve hukuksal yükümlülükleri açısından çok büyük önem arz etmektedir.⁽¹⁹⁵⁾

Hekimlerin çocuğun fiziksel istismarına yaklaşımları ve adli bildirim konusunda birçok faktörden etkilendikleri bilinmektedir. Hekimlerin bu konudaki bilgi ve farkındalık eksiklikleri bu faktörler arasında önemli bir grup olup konuya yaklaşımda en belirleyici faktörlerden sayılmaktadır. Hekimlik mesleğinin henüz başında olan intern hekimlerin meslek hayatları boyunca karşılaşma ihtimallerinin çok yüksek olduğu çocuğun fiziksel istismarı konusunda bilgilerinin yüksek olması, bu konuda farkındalık sahibi olmaları ve istismara uğrayan bir çocuk ile karşılaştıklarında süreci sağlıklı yönetebilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülen çocuğun fiziksel istismarı olgularının tespit edilmesi, yasal süreçlerin başlatılması, çocukların ortaya çıkan sağlık sorunlarının çözülmesi, tedbir kararlarının uygulanması ve istismarın önlenmesi için gerekli önlemlerin alınabilmesi için öncelikle fiziksel istismarla karşılaşan hekimlerin bu konuda yeterli eğitim almaları gerekir.

Çalışmamız Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan 142 intern hekimin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılan intern hekimlerin 75'i (%52,8) kadın, 67'si (%47,2) erkektir (Tablo 4.1). Kılıç'ın Aydın'da birinci basamak hekimleri ile gerçekleştirdiği çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili çalışmasında katılımcıların %56,4'ü

erkek, %43,6'sı kadın olarak saptanmıştır.⁽¹⁹⁶⁾ Adana'da aile hekimleri ile gerçekleştirilen çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı bir çalışmada katılımcıların %66,7'si erkek %33,3'ü kadın, Edirne'de aile hekimleri ile gerçekleştirilen çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı başka bir çalışmada katılımcıların %64,2'si erkek, %35,8'i kadın olarak bildirilmiştir.^(197,198) Bizim çalışmamızda ise farklı olarak katılan kadın hekimlerin oranı erkeklerden fazladır. Geçmiş yıllarda tıp fakültelerinde daha yüksek oranda erkeklerin eğitim görmeleri sebebiyle hekimler arasında erkek nüfus daha fazla bulunuyor olsa da bu durumun zamanla değişmesi neticesinde genç hekimler arasında kadın hekim sayısı artış göstermiş ve yeni nesilde geçmişe göre daha yüksek oranda kadın hekim yer almaktadır. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) verilerine göre de tıp fakültelerinde okuyan kadın öğrencilerin sayısı yıllar içinde artmaktadır. Örneğin 2005-2006 öğretim yılında tıp fakültelerinde okuyan kadın öğrenci oranı % 41 iken, 2009-2010 öğretim yılında bu oran % 43'e yükselmiştir. Yükseköğretim Bilgi Yönetimi Sistemi verilerine göre de çalışmamızın yapıldığı dönem olan 2022-2023 öğretim yılında tıp fakültelerinden 7204 erkek, 7302 kadın mezun olmuştur.^(199,200) Olgularımız arasında kadın sayısının yüksek olmasında bu durumun etkili olduğu düşünülmüştür.

Solak'ın aile hekimleri ile yapmış olduğu çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı çalışmada aile hekimlerinin mezuniyet öncesi dönemde çocuk istismar ve ihmaliye yönelik eğitim alma oranı % 41,6, Kamiloğlu'nun aile hekimliği asistanları ile yapmış olduğu çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı çalışmada mezuniyet öncesinde eğitim alma oranı %62,4 olarak bulunmuştur.^(197,204) Kara'nın pediatri asistanları, pediatri uzmanları ve pratisyen hekimlerle gerçekleştirdiği çocuk istismarı ve ihmali konusundaki çalışmasında ve Şanyüz'ün hekimlerin çocuk istismarına yaklaşımı ile alakalı olarak gerçekleştirdiği çalışmasında çocuk istismarı konusunda mezuniyet öncesi eğitim alanlar genç hekimlerden oluşmaktaydı. Hem Kara'nın hem de Şanyüz'ün yaptığı çalışmada mezuniyet öncesi eğitim/bilgi alanların daha çok genç hekimler olması özellikle son zamanlarda tıp fakültelerinde çocuk istismarı ve ihmali konusunun eğitim programlarına girmiş olmasına bağlanmıştır.^(12, 14) Bizim çalışmamızda da katılan intern hekimlere hangi şekillerde eğitim alındığı sorulmuş; %88'i (125 kişi) çocuğun fiziksel istismarı konusunu ders olarak gördüğünü, %85,2'si (121 kişi) staj eğitiminde gördüğünü, %26,8'i (38 kişi) bu konu ile alakalı kitap ve makale okuduğunu, %14,8'i (21 kişi) bu konu ile alakalı seminer ve panellere katıldığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Intern hekimlerin hepsi ya ders olarak

gördüğünü ya staj eğitiminde aldığını ya da hem ders olarak gördüğü hem de staj eğitiminde aldığını belirtmişlerdir. Bu açıdan değerlendirildiğinde tıp fakültemiz mezunlarının tümünün çocuk istismarı konusunda eğitim almış olmaları genel anlamda fakültemiz açısından olumlu bir durumdur. Katılımcılara benzer şekilde bu eğitimin hangi uzmanlık alanlarınca verildiği sorulmuş; %99,3'ü (141 kişi) adli tıp, %71,1'i (101 kişi) çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları, %36,6'sı (52 kişi) çocuk sağlığı ve hastalıkları, %12'si (17 kişi) ise diğer uzmanlık alanlarının çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim verdiğini belirtmiştir (Grafik 4.2). Bu iki sorudan katılan tüm hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim aldığı ve neredeyse tamamının adli tıp eğitiminde bu eğitimi aldığı belirtilmiştir. Eğitim aldığı uzmanlık alanını Adli Tıp olarak işaretlemeyen 1 intern hekimin derse gelmemiş, şıkkı yanlış işaretlemiş veya Adli tıpta eğitim aldığını unutmuş olabileceği düşünülmüştür. Bu durum Fakültemizin kuruluşundan itibaren çocuk istismarı derslerinin anlatılıyor olması ve Adli Tıp AD öğretim üyelerinin çocuk istismarı konusunun ilgi alanları olmasından kaynaklandığı değerlendirilmiştir. Fakültemiz eğitim müfredatı incelendiğinde de 3. sınıf eğitimi kapsamında canlı olgularda yaralanmaların değerlendirilmesi dersinde anabilim dalımız tarafından çocuk istismarından bahsedildiği, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından da çocuklarda ihmal ve istismar dersinin anlatıldığı, 5. sınıf Adli Tıp stajında teorik ders olarak çocuğun fiziksel istismarı dersinin anlatıldığı ayrıca adli rapor yazılmasında ve yaraların özelliklerinin işlendiği derslerde de fiziksel istismardan bahsedildiği belirlenmiştir. Çocuk istismarının pek çok uzmanlık alanını kapsayan bir konu olması düşünüldüğünde ise eğitim müfredatında bazı değişiklikler yapılarak eğitim programlarında fiziksel istismar dersi bulunmayan ilgili anabilim dallarının da eğitim programlarına konunun alınması ve mevcut eğitim programlarının revizyonuna gidilmesi gerektiği kanaati oluşmuştur.

Türkiye genelinde adli olguların değerlendirilmesinde yaşanan sorunların önüne geçebilmek amacıyla, mezuniyet öncesi eğitim dönemindeki tıp fakültesi öğrencileri ve birinci basamak hizmetlerini yürüten hekimlerin aldıkları eğitimden sağladıkları yararı ortaya koymak ve karşılaşılan sorunlarla ilgili önerilerini alarak eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir. Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yapılan bir anket çalışmasında; travmaya uğrayan olguya adli rapor yazımı, yasal sorumluluk ile diğer konularda öğrencilerinin yalnızca %71'inin kendisini yeterli bulduğunu belirttiği görülmüştür.⁽²⁰⁵⁾ Kamiloğlu'nun aile hekimliği asistanları ile yapmış olduğu çocuk

istismarı ve ihmali ile alakalı çalışmada tıp fakültesinde çocuk istismarı konusunda eğitim aldığını söyleyen asistanlardan %57,6'sı aldıkları eğitimin yeterli olmadığını belirtmiştir.⁽²⁰⁴⁾ Kara'nın pediatri asistanları, pediatri uzmanları ve pratisyen hekimlerle gerçekleştirdiği çocuk istismarı ve ihmali konusundaki çalışmasında; hekimlere alınan eğitimin yeterliliği sorulduğunda hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmasa da hekimlerin yarısından fazlası (%62,6'sı) aldığı eğitimi yeterli görmemektedir.⁽²⁰¹⁾ Çalışmamızda ise çalışmaya katılan intern hekimlerin %78,9'u alınan eğitimin kısmen yeterli/yetersiz olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %21,1'i ise aldıkları eğitimin yeterli/her açıdan yeterli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4). Bu durum da intern hekimlerimizin önceki çalışmalara benzer şekilde aldığı eğitimi mezuniyet sonrası için yeterli görmediğini göstermektedir. Fiziksel istismarla ilgili eğitime daha fazla yer verilmesi, eğitimde temel kavramları bilmeyen öğrencilerin başarılı sayılmamasına yönelik çalışmalar yapılması eğitimdeki yetersizliğin azalmasına katkı sağlayabilir. Eğitimdeki yetersizlik oranının yüksekliğinin çalışmanın yapıldığı intern hekimlerin Covid pandemisi nedeni ile ders programlarının bir kısmının online eğitim şeklinde almalarından kaynaklandığı da söylenebilir.

Demir'in aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerle çocuk istismarı ve ihmali hakkında yaptığı çalışmada; mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma oranı % 58,9, Kara'nın pediatri asistanları, pediatri uzmanları ve pratisyen hekimlerle gerçekleştirdiği çocuk istismarı ve ihmali konusundaki çalışmasında mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma oranı % 61,2, Türker'in aile hekimleri, hemşire ve ebelerle gerçekleştirdiği çocuk istismarı ve ihmali konusundaki çalışmasında ise % 80 olarak bulunmuştur.^(198,201,206) Solak'ın yaptığı çalışmada aile hekimlerinin mezuniyet sonrası dönemde çocuk istismar ve ihmaliye yönelik eğitim alma oranı % 48,8 olarak, Kamiloğlu'nun aile hekimliği asistanları ile yapmış olduğu çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı çalışmada mezuniyet sonrası bu konuda eğitim alma oranı ise %26 bulunmuştur.^(8,15) Socolar'ın çalışmasında ise hekimlerin istismara yaklaşımlarında verilen periyodik eğitimin olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.⁽²⁰⁷⁾ Lazenbatt ve Freemann'ın İrlanda'da yaptıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk istismarı farkındalığı çalışmasında, katılımcıların %74'ü istismar vakalarının adli bildirimini bilmelerine karşın %79'u eğitim gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumda tıp

fakültelerinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda verilen eğitimin daha da artırılması gerektiği düşünülebilir.⁽²⁰⁸⁾

Çalışmamızda intern hekimlere mezuniyet sonrasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda tekrar bir eğitim almak isteyip istemeyecekleri sorulduğunda; katılan intern hekimlerin %34,5'i (49 kişi) mezuniyet sonrasında hatırlatıcı olması anlamında, %31'i (44 kişi) eksiklerini gidermek için, %29,6'sı (42 kişi) tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterken; %4,9'u (7 kişi) mezuniyet sonrasında eğitim almaya gerek duymadığını belirtmiştir (Tablo 4.5). İtern hekimlerin %95,1'i bu konuda mezuniyet sonrasında eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Görev yapan hekimlerin eksikliklerini gidermek için Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nin ilgili uzmanlık alanların dernekleri ile işbirliği içerisinde özellikle çocukları ilk aşamada muayene edecek hekimlerden başlanarak bir eğitim programı oluşturabileceği düşünülmüştür. Ayrıca yapılan pilot çalışmadan alınan geri bildirimlerde de özellikle anketin uygulanışı sonrasında bazı intern hekimler çocuğun fiziksel istismarı konusundaki eksikliklerinin farkına vardığını belirterek bu konuda eksikliklerin giderilebilmesi amacıyla bizimle iletişime geçerek destek talepleri olmuştur. Bazı intern hekimler anketi tamamladıktan sonra akıllarına takılan bazı soruları sorarak bilgi eksiklerini gidermeye çalışmışlar ve onlara bu konuda adli tıbbi kaynaklar mail atılarak bilgiye ulaşmaları konusunda yardımcı olunmuştur. Bu konuda kendilerinin organize edeceği mezuniyet öncesinde bir eğitim önerilmiş, anket sonuçlarının çıkması ile Adli Tıp Anabilim Dalı olarak Dekanlık makamına da 6. sınıfta internler için bu konuda eğitim verilmesi amacıyla seminer veya ders konulmasının önerilmesine karar verilmiştir.

Hekimlerin mesleki yaşamlarında istismar vakasıyla karşılaşması ile ilgili pek çok değişik literatür bilgisi mevcuttur. Solak'ın aile hekimleri ile yapmış olduğu çocuk istismarı ve ihmali ile alakalı çalışmada; hekimlerin % 39,2'si çocuk istismar ve ihmali ile karşılaştıklarını bildirmiştir.⁽¹⁹⁷⁾ Kocaer'in hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık düzeylerini değerlendirmeye yönelik yapmış olduğu çalışmasında hekimlerin olgu ile karşılaşma oranı % 52,8 olarak bulunmuştur.⁽²⁰⁹⁾ Türker'in çalışmasında aile hekimlerinin meslek hayatları boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma oranları % 67,5 olarak bulunmuştur.⁽²⁰⁶⁾ Yaptıkları çalışmalarda Şanyüz hekimlerin %25'inin, Kara pratisyen hekimlerin %54,8'inin çalışma hayatları boyunca istismar vakasıyla karşılaştığını belirtmişlerdir.^(203,201) Canbaz ve ark. tarafından

2005 yılında Samsun’da 81 pratisyen hekim ile yapılan çalışmada katılımcıların %14,3’ünün son bir yıl içinde istismar olgusuyla karşılaştığı belirtilmiştir.⁽²¹⁰⁾ Garrusi ve ark. tarafından 2007 yılında İran’da yapılan çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin %65’inin daha önce istismar vakasıyla karşılaştığı belirtilmiştir.⁽²¹¹⁾ Lazenbatt ve Freeman tarafından 2002 ile 2003 yılları arasında İrlanda’da yapılan benzer bir çalışmada ise, çalışmaya katılanların %60’ının meslek hayatlarında şüpheli çocuk istismarı vakasıyla karşılaştıkları saptanmıştır.⁽²⁰⁸⁾ Flaherty ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, American Academy of Pediatrics üyesi 851 hekimin yaklaşık yarısının (%46) bir yıl içinde fiziksel istismar nedeni yaralanma ile karşılaştıkları belirlendi. Hekimlerin %91’i meslek hayatında en az bir kez adli bildirim yaptıklarını belirtti. Meslek hayatlarında hiç tanı koymayanların daha az eğitim aldıkları belirlendi ve yine aynı çalışmada biraz da olsa eğitim verilen hekimlerin, istismar vakasında hasta ile başa çıkma konusunda daha başarılı oldukları belirlenmiştir.⁽²¹²⁾ Al-Moosa ve ark.’nın Kuveyt’te yapmış oldukları çalışmada hekimlerin %14’ünün mesleki yaşamı boyunca hiç istismar olgusundan şüphelenmediklerini saptamıştır.⁽²¹³⁾ Yaptığımız çalışmaya katılan intern hekimlere hiç fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmadıkları sorulduğunda; hekimlerin %60,6’sı (86 kişi) karşılaşmadığını, %39,4’ü (56 kişi) ise karşılaştığını belirtmiştir (Grafik 4.5). Her ne kadar diğer çalışmalarda çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşma durumu sorgulanırken biz çocuğun fiziksel istismarı ile karşılaşma durumunu sorguluyor olsak da; yaptığımız çalışmada katılan intern hekimlerin fiziksel istismar ile karşılaşma durumlarının diğer çalışmalara oranla düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni ise çalışmaya katılanların intern hekim olması dolayısıyla, meslek hayatlarının henüz çok başında olmaları, eğitim dönemindeki zamanlarının büyük çoğunluğunu istismar ile karşılaşmayacakları birimlerde geçirmeleri ile açıklanabilir. İtern hekimlerin bile yaklaşık %40 oranında istismar ile karşılaşmaları istismar ile ilgili eğitimlerin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Ankete katılan intern hekimlere meslek hayatında fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hasta ile karşı karşıya kalacağını düşünüp düşünmediği sorulduğunda; %66,7’si (94 kişi) mutlaka karşılaşacağını, %31,9’u (45 kişi) karşılaşma olasılığının olduğunu, %1,4’ü (2 kişi) ise karşılaşmayacağını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Kocaer’in çalışmasında; hekim ve hemşirelerin iş yaşamında çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşmaları halinde zorlanılan durumların başında yasal süreçler olduğu

saptanmıştır.⁽²⁰⁹⁾ Kara'nın yaptığı çalışmada ise çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşan hekimlerin bu aşamada zorlandıkları konular sorgulandığında %41,1 'i öykü ve anamnez alma, %34,7'si fizik muayene, %36,1 'i kayıt tutma, %58,1'i gerekli kurumlarla iletişim/yasal süreçler ve % 0,8'i aileye açıklama yapma olduğunu belirtmişlerdir.⁽²⁰¹⁾ Al-Moosa ve ark. 'nın çalışmasında pediatristlerin %80'den fazlasının olası istismar ve ihmal olguları ile ilgili yasal süreçte neler yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir.⁽²¹³⁾ Gölge ve ark.(2012) yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %70.9'unun, hemşirelerin ise %54.3'ünün çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmedikleri ortaya çıkmıştır.⁽¹⁹²⁾ Biz ise çalışmamıza katılan intern hekimlere fiziksel istismara uğramış bir çocuk hasta ile karşılaştığında yapılması gerekenleri bilip bilmediklerini sorduğumuzda; %60,6'sı (86 kişi) bu hasta ile karşılaştığında yapması gerekenler konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu, %35,2'si (50 kişi) bilgisinin yetersiz düzeyde olduğunu, %2,8'i (4 kişi) yapması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bildiğini, %1,4'ü (2 kişi) ise yapması gerekenler konusunda bir fikri olmadığını belirtmiştir (Grafik 4.3). Bu da aslında önceki çalışmalarla benzer şekilde intern hekimlerin olası istismar vakalarında yapması gerekenler konusunda bilgi eksikleri olduğunu ve zorlandıklarını göstermektedir. Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki eğitim programı değerlendirildiğinde bu oranlardan çok daha yüksek oranlarda bu bilgilere sahip olunması gerekmekte olup, oranlar dikkate alındığında eğitim programının revize edilmesi ve internlik döneminde hatırlatıcı eğitimler verilmesi gerektiği kanaati oluşmuştur. Ders geçme notunun 65 olmasının da, internlerin kendilerini yetersiz bulmalarında etkili olduğu söylenebilir. Kocaeli'de Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) olması nedeni ile istismar olguları genellikle ÇİM'de değerlendirilmekte, öğrencilerin adli tıp staj döneminde olgu görme olasılığı da azalmaktadır. Bu durum da alınan teorik eğitim bilgilerinin yeterince kavranmasına engel oluşturabilmektedir.

Yapılan bir çalışmada profesyonellerce tanımlanan ihmal ve istismar olgularının %69'unun çocuk koruma servislerine bildirilmediği belirtilmiştir.⁽²¹⁴⁾ Bir başka çalışmada ise, bildirim zorunluluğu ile ilgili yasaya uymama oranı %40 olarak saptanmıştır.^(215,216) Solak'ın yaptığı çalışmada çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşan aile hekimlerine vakaya müdahale durumları sorulduğunda adli vaka olarak bildirimde bulunan hekim oranı % 44,2 olarak bulunmuştur. Hiçbir şey yapmayan hekim oranı ise % 5,4'tür.⁽¹⁹⁷⁾ Kara'nın çalışmasında istismar olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında pediatri asistanlarının %

83,0'ü, pediatri uzmanlarının % 87,0'si ve pratisyen hekimlerin % 85,6'sı bildirim yapacaklarını belirtmişler.⁽²⁰¹⁾ Kamiloğlu'nun yaptığı çalışmada katılımcıların %90,9'u çocuk istismarı ve ihmali konusunda şüpheli bir hasta ile karşılaşılırsa bildirim yapacaklarını, %9,1'i böyle bir hasta ile karşılaşılırsa bildirim yapmayacağını belirtmiştir.⁽²⁰⁴⁾ Garrusi ve ark.'nın yaptığı çalışmada hekimlerin %65'inin istismar olgusu ile karşılaştıkları, buna karşılık %4,5'inin olguların bildirimini yaptığı belirtilmektedir. ⁽²¹¹⁾ Lazenbatt ve ark.'nın İrlanda'da hemşire, doktor ve diş hekimi gibi 419 sağlık çalışanını kapsayan fiziksel istismarı tanınmaları çalışmasında, araştırmaya katılanların %60'ı meslek hayatlarında şüpheli çocuk fiziksel istismarı olgusu ile karşılaştığını fakat sadece %47'sinin bildirim yaptığını göstermiştir.⁽²⁰⁸⁾ Stockholm'de yapılan bir çalışmada yasal olarak çocuk istismar ve ihmali bildirmesi gereken sağlık bakım personelinin bu görevi etkin olarak yerine getirmediği belirlenmiş şüpheli vakaların sadece % 37'sinin bildiriminin yapıldığı saptanmıştır. Aynı çalışma, aynı bölgeye beş yıl sonra tekrar yapılmış ve yapılan uyarılar ve alınan önlemlere rağmen, şüpheli vakaların ancak % 43'ünün bildiriminin yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.⁽²¹⁷⁾ Borres ve ark.'nın yapmış oldukları bir çalışmada hekimlerin %21'nin hiç raporlama ve bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir.⁽²¹⁸⁾ Van ve ark.'nın çalışmasında ise hekimlerin %43'ünün şüpheli olguların raporlanmasından kaçındıkları gösterilmiştir.⁽¹⁹⁵⁾ Jenny ve ark.'nın yaptığı çalışmada kafa travması bulguları nedeni ile hekimlerin gördükleri istismar olgularının %33'ünün raporlanmadığı saptanmıştır.⁽²¹⁹⁾ Theodore ve Runyan tarafından 2006 yılında ABD'de 270 pediatriğin katılımı ile gerçekleştirilen anket çalışmasında, katılımcıların %10'u şüpheli çocuk istismarı ve ihmali vakalarını raporlamadığını belirtmişlerdir.⁽²²⁰⁾ Bizim çalışmamızda ise çalışmaya katılan intern hekimlere fiziksel istismar şüphesinde adli bildirim yapmayı düşünme durumları sorulmuş olup katılan hekimlerin %79,6'sı (113 kişi) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğinde her koşulda adli bildirim yapacağını, %20,4'ü (29 kişi) ise adli bildirime yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtmiştir (Tablo 4.7). Çalışmaya katılan hekimlerin hiçbirinin çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğinde adli bildirim yapmayacağını ifade etmemesi açısından düşünüldüğünde çalışmamızda elde edilen sonuç oldukça sevindiricidir. Hiçbir katılımcının adli bildirim yapmayacağını ifade etmemesi açısından diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında katılımcıların yüksek oranda adli bildirim yapmayı düşünmeleri intern hekimlerin fiziksel istismar ile alakalı aldıkları eğitime, hepsinin bu konuda mezuniyet

öncesinde eğitim almış olmalarına ve eğitimin daha ziyade adli tıp ve çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları tarafından verilmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Türk Tıp Öğrencileri Birliği (TurkMSIC) ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Topluluğu (KOÜTBAT) gibi öğrenci topluluklarının seminer programlarının da özellikle gönüllü öğrencilerin eğitimlerine büyük katkı sağladığı düşünülmektedir.

Bildirim konusundaki sorunlardan biri de olgularla en sık karşılaşan sağlık personelinin bildirim konusundaki bilgi eksikliğidir. Solak'ın yaptığı çalışmada adli vaka olarak bildirim yapmayan hekimlerin % 27'si bildirim konusunda bilgi yetersizliği olduğundan dolayı bildirim yapmadığını ifade etmiştir.⁽¹⁹⁷⁾ Kamiloğlu'nun yaptığı çalışmada katılımcılara çocuk istismarı ve ihmali vakasında kendilerini en çok eksik hissettikleri konular sorulmuş, katılımcıların %34,7'si bildirim yapma ve yasal süreç cevabını vermiştir.⁽²⁰⁴⁾ Demir'in Edirne'de aile hekimleri üzerine yaptığı çalışmada çocuk istismarı ve ihmali olgularının hekimler tarafından yeterince bildirilmeme nedenine katılımcıların % 29,5'i bildirim konusundaki bilginin yetersiz olmasını sebep olarak göstermiştir.⁽¹⁹⁸⁾ Al-Moosa 'nın yaptığı çalışmada, hekimlerin %80'den fazlasının istismar şüphesi durumunda hangi yasal kuruma başvuracaklarını bilmediği saptanmıştır.⁽²¹³⁾ Yapılan çeşitli çalışmalarda hekimlerin adli rapor düzenleme konusundaki görüşleri sorulduğunda; adli tıp eğitiminin yetersizliği, bilgisizlik, deneyimsizlik, sorumsuzluk, ilgisizlik gibi çeşitli nedenlerle adli rapor düzenlemekten kaçındıkları ve bildirim konusunda sıkıntılar yaşadıkları bildirilmiştir.^(221,222) Tuğcu ve ark. yapmış olduğu çalışmada asistan hekimlerin %53'ünün adli olgu bildirim hakkında hiçbir bilgiye sahip olmadığı, acil serviste çalışanların %8'inde ise adli olgu bildirim ile ilgili sorunlar yaşadığı bahsedilmektedir. Pratisyen hekimlerin adli tıp uygulamalarında yaşadığı sorunları çalışan bir başka çalışmada hekimlerin %78'inin ise yasal mevzuatı yeterince bilmediği ifade edilmiştir.^(223,224) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen bir çalışmada ise hekimlerin %97'sinin "adli olgu bildirim yükümlülüğü" ile ilgili yasal düzenlemeyi bildiği, ancak %83'ünün yasal düzenleme hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlendi. Ayrıca katılımcıların %94'ünün adli tıp eğitimini aldığı ve %76'sının "adli olgu" tanımını bildiği görüldü. Bununla birlikte adli olgu bildiriminin nereye ve nasıl yapılacağı ile ilgili detay sorularda yanlış yanıt oranının yüksek olması adli tıp eğitimindeki sorunları akla getirmiş olup yapılan birçok çalışmada hekimler adli tıp eğitiminin yeterli olmadığını dile getirmiştir.^(221,223,225) İntern hekimlere adli bildirimin

nasıl yapılacağı konusundaki bilgi düzeyleri sorulduğunda %43,7'si (62 kişi) bilgisinin yetersiz olduğunu, %1,4'ü (2 kişi) ise bu konuda herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.8). Daha önceki çalışmalara benzer şekilde katılan hekimlerin adli bildirim yapma konusunda bilgi eksiği olduğu ise aşıkardır. Katılan hekimlerin tamamının tıp fakültesinde çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim almış olması ve bu eğitimin özellikle adli tıp ve çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları branşınca verilmiş olması da göz önünde bulundurulduğunda eğitim içeriğinin gözden geçirilebileceği ve adli bildirim ile ilgili daha vurgulayıcı ve açıklayıcı bir eğitim içeriği oluşturulabileceği hatta bu konuda uygulamalı örnekler yardımıyla hekimlere deneyim kazandırılması gerektiği düşünülmüştür. Bu sayede yeni intern gruplarında adli bildirime olan yaklaşımların değişebileceği düşünülmektedir.

Reiniger ve ark. yapmış olduğu çalışmada adli bildirimde bulunulmamasının nedenleri arasında dava edilme veya karşılık görme korkusu, çocuk koruma servislerine yeterli güven duyulmaması, klinik kanıt veya bildirilmiş kanıtın yetersiz olduğunu düşünme, çocuğun ve ailenin zarar göreceği endişesi gösterilmiştir.^(214,215,216) Solak'ın yaptığı çalışmada adli vaka olarak bildirim yapmayan hekimlerin % 27'si bildirim konusunda bilgi yetersizliği olduğundan dolayı bildirim yapmadığını, % 21,6'sı bildirim sonrası dönemde çocuğun hayatının olumsuz etkileneceğini düşündüğü için bildirim yapmadığını, % 21,6'sı istismar ve ihmalden yeterince şüphelenmediği için bildirim yapmadığını, % 13,5'i sosyal servislerin konuya ilgisiz kalacağını düşündüğünden bildirim yapmadığını ifade etmiştir.⁽¹⁹⁷⁾ Kocaer'in çalışmasında çocuk istismar ve ihmali vakası ile karşılaşma durumlarında bildirimde bulunmayacağını belirten hekimlerin % 60'ının yasal sürece ait bilgisi olmadığından dolayı bildirim yapmayacağını, % 40'ı ise bildirim sonrasında çocuğun mevcut durumundan daha kötü bir duruma düşeceğini düşündüğü için bildirim yapmayacağını belirtmiştir. Hekimlerin % 47,4'ünün yasal süreçlerde zorlandıkları belirlenmiştir.⁽²⁰⁹⁾ Kara'nın çalışmasında hekimler bildirim yapmama nedenleri arasında % 78,3 ile çocuk istismarı ve ihmali hakkında yeterli bilgilerinin olmayışını, %68,7 nereye bildirim yapacağını bilmemesini, %19,3 bu konuya ayıracak zaman bulamamasını, %8,4 güvenlik endişesini, %4,8 çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşünmesini, %1,2 çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünmesini belirtmişlerdir.⁽²⁰¹⁾ Kamiloğlu'nun yaptığı çalışmada bildirim yapmayacağını belirten 22 katılımcıya neden bildirim yapmayacakları sorulduğunda 10 katılımcı (%45,5) bu konu hakkında yeterli bilgi ve tecrübesi olmadığını,

8 katılımcı (%36,5) ise çocuğun ailesinden şiddet göreceğini düşündüğünü belirtmiştir.⁽²⁰⁴⁾ Demir'in Edirne'de aile hekimleri üzerine yaptığı çalışmada çocuk istismarı ve ihmali olgularının hekimler tarafından yeterince bildirilmeme nedenine katılımcıların % 55,8'i istismar ve ihmalden yeterince şüphelenilmemesini, % 29,5'i bildirim konusundaki bilginin yetersiz olmasını, % 27,4'ü sosyal servislerin konuya ilgisiz kalacağını düşünülmesini, % 24,2'si konuyla uğraşılmak istenmediğini, % 20'si de çocuğun bildirimden sonra hayatının olumsuz etkileneceğinin düşünülmesini sebep olarak göstermiştir.⁽¹⁹⁸⁾ Van ve ark.'nın çalışmasında bildirimden kaçınan hekimlerin endişeleri ise daha çok sonrasında çocuk ve ailesinin karşılaşılabileceği sorunlarla ilgilidir.⁽¹⁹⁵⁾ Theodore ve Runyan tarafından 2006 yılında ABD'de 270 pediatristin katılımı ile gerçekleştirilen anket çalışmasında, katılımcılar şüpheli çocuk istismarı ve ihmali vakalarını raporlamama sebepleri olarak mahkeme deneyimlerini çocuklar için zararlı bulduklarını belirtmişlerdir.⁽²²⁰⁾ Yapılan bazı çalışmalarda raporlama yapmamaları ile alakalı olarak hekimlerin ortak açıklamalarından bazıları; hasta yakınlarının saldırılarından çekinme, gözlemlerini tanımlama ve ifade etme güçlüğü, zamanın kısıtlı olması, eğitimlerini yetersiz hissetmeleri, raporlarının çocukların ve ailelerinin durumunda bir değişikliğe yol açmayacağı düşüncesi olarak belirtilmiştir. Hekimler, ancak tekrarlayan istismar olgularında bildirim ve raporlama yaptıklarını belirtmeleri gibi, o ülke yasasında bulunmayan, suç teşkil edecek davranışlarda da bulunabilmektedir.^(218,226,227) Çalışmamızda hekimlere adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olup olmadığı ve bu çekincelerinin neler olduğu sorulduğunda; %71,1'i (101 kişi) çekinceleri olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.9). Adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olduğunu belirten intern hekimlere bu çekincelerin neler olduğu sorulduğunda; %53,5'i (76 kişi) adli bildirim sonrasında çocuğun neler yaşayacağını bilmediğini, %35,9'u (51 kişi) adli bildirimin nasıl yapılacağını bilmediğini, %28,2'si (40 kişi) bildirim yaparsa çocuğun koruma altına alınarak aileden uzaklaştırılabileceğini, %27,5'u (39 kişi) ailenin ceza alacağı ve ebeveyn bakımının aksayacağını, %26,1'i (37 kişi) nereye yapılacağını bilmediğini, %24,6'sı (35 kişi) adli bildirimin kendisine sorumluluk yükleyeceğini düşündüğünü, %17,6'sı (25 kişi) ise bildirim yapması gerektiğinden emin olamadığını belirtmiştir (Grafik 4.4). Hekimlerin çekincelerinin bu konuda daha önce yapılmış araştırmalarla korale olduğu görülmüş olup; bunların önemli bir kısmının üstesinden eğitim ile gelinebileceği öngörülmüştür. İstismara uğradığı düşünülen çocukların bildirim sonrasındaki hayatları konusundaki endişeler de

yine benzer oranlarda görülmüş olup; bu konuda Çocuk Koruma Kanunu'nda mevcut olan düzenlemelerle ilgili hekimlerin bilgilendirilebileceği düşünülmüştür. Ayrıca Çocuk Koruma Kanunu'nun uygulanması ve denetlenmesi, çocuğun üstün yararının her şeyin üstünde tutulması, tedbir kararlarının uygulandığının ve denetlendiğinin görülmesi, ailelere ve topluma verilebilecek eğitimler ile çocuk istismarının önlenmesi ile zaman içinde hekimlerin bu konudaki kaygılarının azalabileceği düşünülmüştür. Çocuğun fiziksel istismarı olgularının bildirilmesinde temel hedefin çocuğun sağlığı ve üstün yararı olduğu konusunda öğrencilere daha net bilgiler aktarılması, her bildirimden sonra çocuğun aileden alınmadığı, tedbir kararları ile aileye destek olunabildiği, çocuğun tedavisinin sağlanabildiği gibi çocuğa yönelik risk faktörlerinin de azaltılabileceği aktarılmalıdır. Yargılama sürecinde de çocuğun örselenmesinin önüne geçilmesi için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Son yıllarda ÇİM'lerin kurulması, adli görüşmecilerle çocukların ifadelerinin alınması bu hususta ciddi adımlar olup, yeterli olmadığı da aşıkardır.

Hekimlerin cinsiyetlerine göre istismar tanısı koyma durumları açısından bakıldığında; Şanyüz'ün çalışmasında istismar tanısı koyduğunu belirten hekimlerin % 73'ünün kadın hekim olduğu görülmüş ve kadın hekimlerin istismarı yakalama oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ve bunu kadınların çocuklarla daha sık ilişkide olmaları dolayısı ile onları daha iyi anlamaları ile açıklamıştır.⁽²⁰³⁾ Al-Moosa ve arkadaşlarının Kuveyt'te 117 pediatri hekimi ile yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çocuk istismarı olgularını daha fazla tanıdığı saptanmıştır. 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 açıklanmıştır.⁽²¹³⁾ Solak'ın çalışmasında istismar ve ihmal ile karşılaşan hekimlerin % 37,4'ü kadın % 63,6'sı erkek olarak bulunmuştur. Kadın hekimlerde istismarla karşılaşma oranı % 44,0, erkek hekimlerde ise % 36,8 olarak bulunmuştur. İstismar vakası yakalama oranında cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. İran'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hekimlerin cinsiyeti ile çocuk istismar ve ihmalini yakalama oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.⁽²¹¹⁾ Bizim çalışmamızda ise katılan kadın intern hekimlerin 31'i (%41,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmışken; erkek intern hekimlerin 25'i (%37,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştığını belirtmişlerdir (Tablo 4.10).

Katılımcıların cinsiyetleri arasında daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İntern hekimlerin vakaların değerlendirilmesinde gözlemci olmaları nedeni ile yaptıkları staj döneminde görülen vaka sayısı ile bu durumun belirlenmesi nedeni ile kadın erkek arasında vakaya tanı koyma ve vaka ile karşılaşma açısından yorum yapmak mümkün değildir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterlilik düşüncesine göre fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşma durumları değerlendirildiğinde; aldığı eğitimin yetersiz düzeyde olduğunu düşünenlerin 4'ü (%21,1), kısmen yeterli düzeyde olduğunu düşünenlerin 41'i (%44,1), yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde diye düşünenlerin 11'i (%36,7) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmış olup fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşp karşılaşmama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.11). Bunun henüz 6. sınıf öğrencisi olmaları dolayısı ile istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşma ihtimallerinin çok düşük olmasının doğal bir sonucu olduğu düşünülmüştür. Görülen vaka sayısı ve mesleki deneyim arttıkça bu durumun olumlu yönde değişeceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri bilme durumunun daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşma durumlarına göre değerlendirilmesinde; yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen ve kısmen yeterli bilgiye sahip olan hekimlerin 42'si (%46,7), bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bu konuda bir fikri olmayan hekimlerin ise 14'ü (%26,9) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmış olup (Tablo 4.12); yapılması gerekenleri bilen/kısmen bilen hekimlerin karşılaşma oranının bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bir fikri olmayanların karşılaşma oranına göre çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum bilgi birikimi yüksek olan intern hekimlerin klinik birimlerde daha çok zaman geçirmeleri, vakalara daha duyarlı olmaları ile açıklanabileceği gibi, daha çok vaka gören intern hekimlerin vakaların değerlendirme süreçlerinde bilgi düzeylerini artırmaları ve aldıkları teorik eğitimlerin kavramalarının artması ile açıklanabilir. Bu nedenle adli tıp eğitimine simülasyon hastalar kullanılarak fiziksel istismara uğrayan hastayı tanıma, multidisipliner şekilde süreci yönetme gibi dersler eklenilerek, adli bildirim konusundaki

ders içeriklerinin revize edilmesi ve mezuniyet öncesinde tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda deneyim kazanmasının mümkün olacağı düşünülmüştür. Ancak adli tıp staj eğitimin 2 hafta olması eğitimin yeniden yapılandırılmasında güçlükler doğurmaktadır.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin adli bildirim konusundaki bilgi seviyeleri hakkındaki düşünceleri ile fiziksel istismarla karşılaşma durumları değerlendirildiğinde; adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip ve kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimlerin 36'sı (%46,2), bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bu konuda herhangi bir bilgisi olmadığını düşünenlerin ise 20'si (%31,3) daha önce fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmış (Tablo 4.13) olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun da tıp fakültesi eğitiminde fakülte öğrencilerinin fiziksel istismara uğramış bir çocuğun adli bildirim sürecine dahil olmamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Tıbbi uygulamada da hastanemiz kapsamında çocuk ruh sağlığı ve adli tıp anabilim dalları olarak beraber yaptığımız adli bildirimlerin süreçlerine tıp fakültesi öğrencileri dahil olamamaktadırlar. Stajyer öğrencilerin adli bildirim süreçlerine katılımının sağlanmasının adli bildirimin nasıl ve nereye yapılacağı konusunda eğitime büyük katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Özellikle acil servise gelen adli olguların bildirimlerine öğrencilerin de dahil edilmesi adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda teorik bilgilerin pekiştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşüncelerinin yaşlarına göre değerlendirilmesinde; 23 yaş ve altında bulunan hekimlerin 14'ü (%58,3), 24-25 yaşlarında olan hekimlerin 75'i (%81,5), 26 yaş ve üzerinde olan hekimlerin ise 23'ü (%88,5) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmesi değerlendirildiğinde (Tablo 4.14); 23 yaş ve altında bulunan hekimlerin, çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu düşünenlerin oranı yaşça daha büyük hekimlere göre beklenenden çok daha yüksek bulunmuş ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bu farklılığın yaşı büyük öğrencilerin genel olarak eğitim döneminde başarısız olmuş, ders başarıları daha düşük öğrenciler olmasından, 23 yaş altındaki intern hekimlerin ise genelde yıl kaybetmeyen eğitime daha odaklanmış kişiler olmasından da kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşüncelerinin bu konuda tekrar eğitim alma düşüncesine göre değerlendirilmesinde; mezuniyet sonrasında tekrar eğitim alamaya gerek olmadığını düşünen hekimlerin 4'ü (%57,1), hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isteyenlerin 15'i (%30,6), eksiklerini gidermek için eğitim almak isteyenlerin 5'i (%11,4) ve tekrar kapsamlı bir eğitim almak isteyenlerin 6'sı (%14,3) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.15). Mezuniyet sonrasında tekrar eğitim almaya gerek olmadığını düşünen hekimler, eğitim almaya istekli olan hekimlere göre beklenenden daha yüksek oranda çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu düşünmekte olup bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu durum aldıkları eğitimi yeterli gören hekimlerin bu konuda mezuniyet sonrasında tekrar bir eğitime ihtiyaç duymadığını, aynı zamanda aldıkları eğitimi yeterli görmeyenlerin de eksikliklerinin farkında olduğunu göstermektedir. Aldıkları eğitimi yeterli gören hekimlerin bu konuda kendilerini geliştirebilecek kitap ve makaleler okumuş, çeşitli seminer ve panellere katılmış ve bu konunun üzerine yoğunlaşmış hekimler olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca Türk Tıp Öğrencileri Birliği (TurkMSIC) ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Topluluğu (KOÜTBAT) gibi öğrenci topluluklarının seminer programlarına katılan gönüllü öğrenciler olma ihtimali de bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşüncelerinin fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri bilme düşüncelerine göre değerlendirilmesinde; tüm ayrıntıları ile bildiğini/kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin 64'ü (%71,1), bilgisinin yetersiz düzeyde olduğunu/bu konuda bir fikri olmadığını düşünenlerin 48'i (%92,3) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.16). Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hasta ile karşılaştıklarında bilgisinin yetersiz düzeyde olduğunu düşünen/bu konuda bir fikri olmadığını düşünen intern hekimlerin, yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bildiğini/kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimlere göre çocuğun fiziksel istismarı konusunda

aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu belirtenlerinin oranının beklenenden çok daha düşük olduğu belirlenmiştir ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bunun da aslında aldığı eğitimin yetersiz olduğunu düşünen hekimlerin doğal olarak fiziksel istismar ile karşı karşıya kaldıklarında yapılması gerekenleri de bilmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve hekimlerin mezuniyet öncesinde çocuk istismarı konusunda özgüvenlerinin yerine getirilmesi için tıp fakültesindeki çocuğun fiziksel istismarı konusundaki eğitiminin tekrar gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Çocuğun fiziksel istismarı aslında pek çok branşın eğitim programı içeriğinde yer alması gereken çok önemli bir konudur. Çocuğun fiziksel istismarının çocuk sağlığı ile ilgilenen tüm branşlardan(çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk cerrahisi, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları gibi), radyolojiden, halk sağlığından, acil tıptan, aile hekimliğinden, göz hastalıklarından, beyin cerrahisinden, adli tıptan ayrı tutulması düşünülemeyeceği gibi tüm bu branşların tıp fakültesi eğitimindeki içeriğinde de bu konunun yer alması hedeflenmelidir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşüncelerinin adli bildirim yapma konusundaki çekincelerinin olup olmaması durumuna göre değerlendirilmesinde; çekinceleri olan hekimlerin 82'si (%81,2), çekincesi olmayanların ise 30'u (%73,2) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.19). Adli bildirim yapma konusunda çekincesi olmayan intern hekimler ile bu konuda çekinceleri olan intern hekimler arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış olup bunun intern hekimlerin genel olarak aldıkları eğitimin mezuniyet sonrası için yeterli olmadığını düşünceleri ile açıklanabilir. Ayrıca bu durum adli bildirim ile ilgili çekincelerin nedenlerinden de kaynaklanabilir. Çalışmaya katılan intern hekimlerin çekincelerinin sadece bilgi eksikliğinden kaynaklanmıyor oluşu ve bu çekincelerin toplumsal ve hukuksal nedenlerinin de olabilmesi ile de açıklanabilir. Bu nedenle intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşüncelerinin adli bildirim yapma konusundaki çekincelerinin içeriğine göre

değerlendirilmesine bakılacak olursa; bildirim yaparsa çocuğun koruma altına alınarak aileden uzaklaştırılacağı konusunda çekinceleri olan intern hekimlerin 31'i (%77,5), sonrasında çocuğun neler yaşayacağı konusunda çekinceleri olan intern hekimlerin 60'ı (%78,9), aile ceza alır ve ebeveyn bakımı aksar diye endişelenen intern hekimlerin 33'ü (%84,6) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 4.19). Bu konularda çekinceleri olan intern hekimler ile olmayanlar arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Bunun da bu çekincelerin sadece bilgi ve eğitim eksikliğinden değil toplumsal, hukuksal ve sosyal nedenlerinin de olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak adli bildirimin nereye ve/veya nasıl yapacağını bilmeyen intern hekimlerden 51'i (%92,7) çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yetersiz düzeyde/kısmen yeterli düzeyde olduğunu belirtmiş olup bu hususta çekinceleri olan intern hekimler ile olmayanlar arasında çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği hakkındaki düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19). Adli bildirimi nereye ve/veya nasıl yapacağını bilmeyen ve bu konuda tedirgin olan hekimler, çekincesi olmayanlara göre daha düşük oranda çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli düzeyde/her açıdan yeterli düzeyde olduğunu düşünmektedir. Bunun da adli bildirimin nereye yapılması veya nasıl yapılması konusunun eğitim ile aşılabilecek bir çekince olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Haliyle adli bildirimin nereye ve/veya nasıl yapılacağı konusunda çekincesi olan hekimlerin mezuniyet sonrası için aldığı eğitimin daha az yeterli olduğunu düşünmesinin doğal olduğu düşünülmüştür. Tıp fakültesi eğitimi kapsamında adli bildirimin yetersiz olduğu anlaşılmakta, adli bildirimin nasıl yapılacağı, sözlü, yazılı, hastane polisine, Cumhuriyet Savcılığı'na telefon, fax, EBYS sistemi gibi bildirim yolları ile de bildirimin yapılabileceğinin örneklerle anlatılması ve dönem dönem bu konuda tüm hastane için eğitimler düzenlenmesinin adli bildirim ile ilgili bazı çekinceleri azaltacağı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin fiziksel istismar şüphesinde adli bildirim yapmayı düşünme durumlarının fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri bilme durumu ile karşılaştırılmasında; yapılması

gerekenleri tüm ayrıntıları bilen/kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimlerin 78'i (%86,7), bilgisi yetersiz düzeyde olan/bu konuda bir fikri olmadığını düşünenlerin 35'i (%67,3) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşünmektedir (Tablo 4.22). Fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaştıklarında bilgisini yetersiz düzeyde gören/bu konuda bir fikri olmadığını düşünen hekimlerin, yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen/kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlere göre çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtenlerin oranının beklenenden çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun da bu konudaki bilgi eksikliğinin doğal bir sonucu olduğu düşünülmüştür. Fiziksel istismar ile karşılaşıldığında yapılması gerekenleri bilen, bu konuda bilgili bir hekimin fiziksel istismar şüphesinde adli bildirimden çekinmemesi ve adli bildirimin çocuğu bir sonraki ve belki de daha büyük bir istismardan koruyacağını bilmesi gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin fiziksel istismar şüphesinde adli bildirim yapmayı düşünme durumlarının meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaşma düşüncesine göre değerlendirilmesinde; mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimlerin 80'i (%85,1), karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünenlerin 32'si (%68,1) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşünmektedir (Tablo 4.22). Meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünen intern hekimlerin, mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimlere göre çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtenlerin oranının beklenenden çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum da aslında intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı konusundaki farkındalıkları ile açıklanabilir. Çocuk istismarı konusunda farkındalığa sahip, bilgili ve bilinçli intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarı ile çalışma hayatının her alanında ve hatta günlük hayatın her alanında karşılaşılabilineceğinin bilincinde olmaları ve bu durumda da adli bildirim ile ilgili tutumlarını belirlemiş olmaları gerekmektedir. Çocuk istismarının tanımanın ilk aşaması olan şüphe etmenin tüm sürece yön vereceği aşikardır.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin fiziksel istismar şüphesinde adli bildirim yapmayı düşünme durumlarının adli bildirim konusunda çekincelerinin olup olmamasına göre değerlendirilmesinde; adli bildirim yapma konusunda çekinceleri olan hekimlerin 75'i (%74,3), çekincesi olmayanların ise 38'i (%92,7) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşünmektedir (Tablo 4.23). Adli bildirim yapma konusunda çekincesi olmayan hekimlerin, bu konuda çekinceleri olan hekimlere göre çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtenlerin oranının beklenenden çok daha düşük olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca intern hekimlerin fiziksel istismar şüphesinde adli bildirim yapmayı düşünme durumlarının adli bildirimin nasıl yapılacağı konusundaki bilgi düzeyine göre değerlendirilmesinde; yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimlerin 68'i (%87,2), bilgisini yetersiz düzeyde gören/bu konuda herhangi bir bilgisi olmadığını düşünenlerin ise 45'i (%70,3) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği her koşulda adli bildirim yapmayı düşünmektedir (Tablo 4.23). Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda bilgisini yetersiz düzeyde gören/bu konuda herhangi bir bilgisi olmadığını düşünenler, adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlere göre beklenenden daha yüksek oranda çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiği durumlarda yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtmiştir ve bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunlar da adli bildirim konusundaki çekincelerin azalması ve adli bildirim yapma konusunda bilgi düzeyinin artması ile birlikte intern hekimlerin adli bildirimde daha çok yönelmesi ve bildirim karar vermek konusunda daha az tereddüt etmesi, süreci doğru bir şekilde yönetmesi ile açıklanabilir. Eğitim sürecinde bilgi düzeylerinin artırılması ve eğitimde bildirimlerin temel hedefinin çocuğun üstün yararına yönelik olduğunun örneklerle vurgulanmasının çekincelerin azaltılmasına önemli katkı sağlayacağı anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda geliştirmiş olduğumuz ve 27 sorudan oluşan çocuğun fiziksel istismarına yönelik ölçek formu kullanılmış olup bu ölçekte her sorunun doğru yanıtı 5 puan olarak belirlenmiştir. Tüm sorulara doğru yanıt verilmesi halinde toplam 135 puan alınacaktır. 13 soru içeren “Fiziksel İstismardan Şüphe Edilmesi Gereken Durumlar ve Fiziksel İstismardan Şüphelenildiğinde Muayenede Yapılması Gerekenler” alt boyut grubundan

alınan ortalama puan $4,54 \pm 0,46$, 4 soru içeren “Fiziksel İstismarda Yaralanma Sıklıkları” alt boyut grubundan alınan ortalama puan $4,00 \pm 0,63$, 3 soru içeren “Fiziksel İstismarda Yaralanmanın Yeri Ve Oluşma Şekilleri” alt boyut grubundan alınan ortalama puan $2,67 \pm 0,82$, 4 soru içeren “Adli Bildirim” alt boyut grubundan alınan ortalama puan $3,50 \pm 0,65$, 3 soru içeren “Fiziksel Bulgular” alt boyut grubundan alınan ortalama puan $3,33 \pm 0,74$, ölçek formundan alınan ortalama puan ise $3,96 \pm 0,38$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.24). Katılımcı hekimler en yüksek ortalama puanı “Fiziksel İstismardan Şüphelenildiğinde Muayenede Yapılması Gerekenler” alt boyut grubundan, en düşük ortalama puanı ise “Fiziksel İstismarda Yaralanmanın Yeri ve Oluşma Şekilleri” ve “Fiziksel Bulgular” alt boyut gruplarından almışlardır. Çalışmamıza katılan hekimler en yüksek ortalama puanı $4,8 \pm 0,73$ ile “Fiziksel istismar tanısında çocuğun ruhsal olarak değerlendirilmesi anlamsızdır.” Sorusundan (Tablo 4.25), en düşük ortalama puanı ise $2,8 \pm 1,27$ ile “Fiziksel istismar sonucu oluşan lezyonlar en çok alt bacağın ön kısmı, diz, dirsek ve kemiğin deriye yakın olduğu vücut bölgelerinde olur.” sorusundan almışlardır (Tablo 4.26). En düşük puanın alındığı alt boyut gruplarının “Fiziksel İstismarda Yaralanmanın Yeri ve Oluşma Şekilleri” ve “Fiziksel Bulgular” alt boyut grupları olması intern hekimlerin meslek hayatlarında fiziksel istismara uğrayan bir çocuk hasta ile karşılaştıklarında tanı koymakta güçlük yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Pratisyen hekimlerin tanı koymaktan çok şüphe duyması ve konuda ilgili uzmanlık alanlarından görüş istemesi ve adli bildirim yapması çok daha önemli bir husustur. Katılan hekimlerin en düşük puan aldığı 5 soru incelendiğinde yine bu soruların da genel olarak bu iki alt boyuta ait olduğu görülmüştür (Tablo 4.26). Bu nedenle tanının atlanmaması ve çocuğun tekrar fiziksel istismara uğrama ihtimalinin azaltılmasını sağlayabilmek amacıyla hekimlere verilecek eğitimlerde bu konuların üzerinde özellikle durulması gerektiği düşünülmüştür.

Demir’in, Türker’in, Solak’ın ve Kocaer’in Aynur Uysal tarafından geliştirilen ve 67 sorudan oluşan çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek formunu kullanarak yapmış oldukları çalışmaların sonuçları ile beraber değerlendirildiğinde; Demir’in Edirne’de yaptığı çalışmada aile hekimlerinin genel ortalama puanı 3,86, Türker’in Burdur’da yaptığı çalışmada aile hekimlerinin ortalama puanı 4,10, Kocaer’in İstanbul’da AÇSAP’ta (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) çalışan hekimlere yaptığı çalışmada hekimlerin puan ortalaması 3,92, Solak’ın Adana’da

yaptığı çalışmada aile hekimlerinin genel puan ortalamaları 3,90 olarak bulunmuştur. (197,198,206,209). Her ne kadar bizim çalışmamızdan farklı olarak çocuk istismarı ve ihmalini daha geniş kapsamda ele alıp daha farklı bir ölçek ile değerlendirmiş olsalar ve meslek hayatına atılmış mesleki deneyim kazanmış gruplara uygulamış olsalar da bizim çalışmamızda intern hekimlerin almış oldukları ortalama puan olan 3,96 ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.24).

Alt boyut gruplarından alınan puanların çalışmaya katılan intern hekimlerin meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaşma düşüncelerine göre değerlendirilmesinde; mutlaka karşılaşacağını düşünen intern hekimler ile karşılaşma olasılığı olduğunu ya da karşılaşmayacağını düşünen intern hekimler arasında fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyutu, adli bildirim alt boyutu ve fiziksel bulgular alt boyutu değerlerinin her biri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (Tablo 4.27). Ancak meslek hayatlarında fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile mutlaka karşılaşırım diyen intern hekimlerin fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyut grubundan ve ölçeğin toplamından aldıkları puanlar karşılaşma olasılığım var/karşılaşmam diyenlere göre daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca alt boyut gruplarından alınan puanların çalışmaya katılan intern hekimlerin fiziksel istismar ile karşılaştığında yapılması gerekenleri bilme durumuna göre değerlendirilmesinde ise; yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları ile bilen ve kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimler ile bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bir fikri olmadığını düşünenler arasında fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluşma şekilleri alt boyutu ve fiziksel bulgular alt boyutundan aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır. Ancak fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaştıklarında yapılması gerekenleri tüm ayrıntıları bilen ve kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen intern hekimlerin, bilgisi yetersiz düzeyde olan ve bir fikri olmadığını düşünenlere göre fiziksel istismardan şüphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan şüphelenildiğinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutu, adli bildirim alt boyutu ve toplam değerlerinden oldukça daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.27).

Pratisyen hekimlerin Türkiye'nin her yerindeki acil servisler ve aile sađlıđı merkezleri gibi çocuk istismarı ile direkt ve hatta ilk olarak karřılařabilecek çalıřma alanları olduđu dűřünüldűđünde hekimlerin istismar konusundaki sorumlulukları çok yűksektir. Bu nedenle istismar konusundaki farkındalıklarının yűksek olması ve istismardan řűphe ederek istismarı tanıyabilmeleri, muayene sürecini yűnlendirebilmeleri ve adli bildirimden çekinmemeleri gerekmektedir. Çalıřmamızda da fiziksel istismara uđramıř bir ocuk ile karřılařacađını dűřűnen intern hekimlerin bu konuya űnem vermeleri nedeniyle bilgi birikimlerini bu dođrultuda arttırdıkları gűrűlműřtűr.

Çalıřmaya katılan intern hekimlerin alt boyut gruplarından aldıđı puanların adli bildirimin nasıl yapılacađı konusundaki bilgi dűzeyine gűre deđerlendirilmesinde; yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olduđunu dűřűnen intern hekimler ile bilgisi yetersiz dűzeyde olan/bu konuda herhangi bir bilgisi olmadıđını dűřűnenler arasında fiziksel istismardan řűphe edilmesi gereken durumlar ve fiziksel istismardan řűphelenildiđinde muayenede yapılması gerekenler alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanma sıklıkları alt boyutu, fiziksel istismarda yaralanmanın yeri ve oluřma řekilleri alt boyutu, fiziksel bulgular alt boyutu ve toplam deđerlerin her biri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıřtır. Ancak adli bildirimin nasıl yapılacađı konusunda yeterli bilgiye sahip/kısmen yeterli bilgiye sahip olduđunu dűřűnen intern hekimler, bilgisi yetersiz dűzeyde olan/bu konuda herhangi bir bilgisi olmadıđını dűřűnenlere gűre adli bildirim alt boyutundan daha yűksek puan almıřtır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuřtur. Bu da intern hekimlerin adli bildirim konusundaki bilgi dűzeylerinin yeterliliđini dođru deđerlendirdikleri ve bu konuya űnem vermeleri halinde aslında adli bildirim konusundaki bazı korkularının azalabileceđi řeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) verilerinde olduğu gibi çalışmamız sonuçlarında da (olguların %52,8'i kadın) kadın hekim oranı erkeklere göre daha yüksek orandadır. İntern hekimlerin yaş ortalamasının $24,5 \pm 1,1$ olması son sınıf öğrencilerinin beklenen yaş grubunda olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda intern hekimlerin tamamının mezuniyet öncesinde tıp fakültesinde çocuğun fiziksel istismarı konusunda eğitim aldığı, öğrencilerin bir kısmının bu konu ile alakalı kitap ve makale okuduğu ve konu ile alakalı seminer ve panellere katıldığı ifade edilmiştir. Görev başındaki hekimlere yönelik pek çok çalışmaya göre fiziksel istismar konusunda eğitim alma oranı yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin gönüllü olarak çocuğun fiziksel istismarına yönelik panel ve seminerlere katılmaları, kitap ve makale okumaları dolayısıyla fakültemizde çocuğun fiziksel istismarı konusunda bir farkındalık yaratılabildiği söylenebilir. İntern hekimlerimizin tamamına yakınının meslek hayatında fiziksel istismar olguları ile mutlaka karşılaşacağını/karşılaşma olasılığının olduğunu düşünmesi de bu farkındalığın önemli bir göstergesidir. Bu farkındalığın oluşmasında başta Adli Tıp Anabilim Dalı ve Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın etkisinin olduğu görülmektedir.

İntern hekimlerin aldıkları eğitimi çoğunlukla kısmen yeterli/yetersiz olarak tanımlamalarında, eğitim döneminde yaklaşık %60'ının fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmaması ve teorik eğitimin uygulama ile pekiştirilememesinin etken olduğu sonucuna varılmıştır. ÇİM'lerin Tıp Fakülteleri bünyesinde kurulması ile öğrencilerin olgu görmelerinin artmasının sağlanabileceği gibi, fakültede verilen çocuğun fiziksel istismarı konusundaki eğitimin de değerlendirilmesi ve revize edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

İntern hekimlerimizin büyük çoğunluğunun çocuğun fiziksel istismarına yönelik mezuniyet sonrası için eğitim almak istemeleri nedeniyle internlik döneminde seminer veya ders olarak çocuğun fiziksel istismarı konusunda interaktif eğitim programı düzenlenmesinin uygun olacağı düşünülmüş olup Dekanlık Makamına öneride bulunulmasına karar verilmiştir.

İntern hekimlerin %63,4' ünün fiziksel istismara uğramış olma şüphesi bulunan bir çocuk ile karşılaştığında yapılması gerekenler konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu/tüm ayrıntıları ile bildiğini belirtmesi, her ne kadar eğitim programında revizyon yapılmasının gerekli olduğunu gösterse de, tamamına yakının çocuğun fiziksel istismarı konusunda istismarla karşılaşabileceklerini bilmelerine rağmen mevcut eğitim programlarından yeterince yararlanmadıklarını, öğrenci gruplarının düzenlemiş olduğu seminerlere de yeterince katılmadıklarını göstermektedir.

İntern hekimlerin büyük bir çoğunluğunun (%79,6) çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğinde her koşulda adli bildirim yapacağını söylemesine karşın %20,4'lük bir oranın ise adli bildirimde yarananmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar vereceğini belirtmesi, adli bildirimin öneminin tüm öğrenciler tarafından tam olarak kavranmadığını/kavratılmadığını göstermektedir. Her şeye rağmen diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında katılımcıların yüksek oranda adli bildirim yapmayı düşünmeleri fakültemizdeki bu konudaki eğitim programlarımızın diğer fakültelerin eğitim programlarına göre daha iyi olduğunu da göstermektedir.

İntern hekimlerin yaklaşık yarısının adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli veya kısmen yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmesi ve yaklaşık %70'inin adli bildirim konusunda çekincelerinin olması nedeniyle adli tıp eğitim programında adli bildirim ile ilgili bilgilerin güncellenmesi ve eksiklikleri giderecek düzenlemeler yapılması gerektiği görülmüştür. Ayrıca adli bildirim sonrası sürecin nasıl işleyeceği, eğitim programlarına adli bildirim sonrası çocuklarla ilgili alınacak kararların neler olabileceği ve adli bildirimin çocuğun üstün yararı açısından ne açıdan önemli olduğu konusunda daha ayrıntılı bilgi verilmesi gerekliliği anlaşılmaktadır. Hekimlerin çekincelerinin bu konuda daha önce yapılmış araştırmalarla benzer sonuçlarda olması, bu hususta mezuniyet sonrası eğitim programlarının da düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerden eğitim döneminde fiziksel istismara uğramış olma şüphesi olan bir çocuk ile karşılaşanların, meslek hayatlarında fiziksel istismarla karşılaştıklarında kendilerini daha yeterli görececeklerini belirtmesi teorik eğitimin olgularla pekiştirilmesi gerektiğini göstermektedir. ÇİM gibi merkezlerin Tıp Fakülteleri dışındaki merkezlerde kurulması, tıp eğitiminin aksamamasına ve dolayısı ile meslek hayatlarını sürdüren hekimlerin fiziksel istismar olguları konusunda olumsuzluklar yaşamasına neden

olabilmektedir. Adli tıp staj eğitimin 2 hafta olması eğitimin yeniden yapılandırılmasında güçlükler doğurmakta olup, staj süresinin artırılması ile öğrencilerin ÇİM’lerde vaka görmeleri sağlanabilir. Adli tıp eğitim programında psikodrama şeklinde konunun aktarılması ve simülasyon hastalar kullanılarak fiziksel istismara uğrayan hastaya yaklaşım konusunda dersler eklenmesi ile mezuniyet öncesinde tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda deneyim kazanmasının mümkün olacağı değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerden fiziksel istismara uğramış bir çocukla karşılaşmış olanların meslek hayatlarında da fiziksel istismara uğramış olma şüphesi bulunan bir çocukla karşılaşma düşüncesinin daha yüksek olduğunu göstermesi, eğitim döneminde vakalarla karşılaşmanın meslek hayatlarında ne tür olgularla karşılaşabilecekleri düşüncelerini şekillendirebildiğini göstermektedir Eğitim dönemlerinde vaka taktimleri, vakaların hasta haklarına özen gösterilerek daha geniş öğrenci grubuna gösterilmesinin eğitim başarısını da artıracak kanaatine varılmıştır.

Yaş gruplarına göre daha küçük yaş gruplarındaki intern hekimlerin fiziksel istismar konusunda aldıkları/alacakları eğitimin mezuniyet sonrasındaki yeterliliği konusundaki düşüncelerinin yaş grubu olarak daha büyük olanlara göre aldıkları eğitimi daha yeterli bulmaları büyük yaş grubunun dönem kaybeden ders başarısı daha düşük öğrenciler olmasından kaynaklanıyor olabileceği ve eğitimdeki başarının öğretim üyesi ve ders programı ile açıklanamayacağı, öğrenci faktörünün de önemli olduğunu göstermektedir. Eğitimdeki başarıda sınav sistemi de etkili olabilmekte; fakültemizde ders geçme notunun 65 olması %35 bilgi yetersizliği ile sınıf geçme başarısı elde edilmesini sağlayabilmekte olup, bu durum eğitimdeki bilgi düzeyinin yükselmesinde olumsuz bir etkidir. Ders geçme notları ile karşılaştırılabilecek başka bir anket yapılması ile eğitimdeki yetersizliğin sebepleri konusunda daha sağlıklı sonuçlara varılabilir.

Çocuğun fiziksel istismarının sadece Adli Tıp Anabilim Dalı ile Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı ders programlarında yer alması Fakültemizdeki eğitim programındaki bir eksiklik olarak gösterilebilir. Konu ile ilgili tüm anabilim dallarının eğitim programlarında konunun yer alması hedeflenmelidir.

Çalışmamıza katılan intern hekimlerin bilgi içerikli sorulardan en yüksek ortalama puanı Fiziksel İstismardan Şüphe Edilmesi Gereken Durumlar ve Fiziksel İstismardan Şüphelenildiğinde Muayenede Yapılması Gerekenler alt boyutundan, en düşük ortalama

puanı ise Fiziksel İstismarda Yaralanmanın Yeri ve Oluşma Şekilleri ve Fiziksel Bulgular alt boyutlarından almış olmaları eğitim programlarının revizyonunda fiziksel bulgulara daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Olgular ile karşılaşabileceği konusunda farkındalığı olan internlerin bilgi düzeylerinin de daha yüksek olduğunun saptanması, farkındalık ve bilgi düzeyinin birbirini besleyen faktörler olduğunu göstermesi açısından önemli bulunmuştur. Bilgi düzeylerinin artması ile meslek hayatında olgulara yaklaşım konusundaki kendini yeterli hissetme duygusunun ve özgüvenin de arttığı görülmüştür.

Pratisyen hekimlerin Türkiye'nin her yerindeki acil servisler ve aile sağlığı merkezleri gibi çocuk istismarı ile direkt ve hatta ilk olarak karşılaşabilecek çalışma alanları olduğu düşünüldüğünde intern hekimlerin istismar konusundaki sorumlulukları çok yüksektir. Bu nedenle istismar konusundaki ve adli bildirim yapma konusundaki farkındalıklarının ve bilgi düzeyleri ile özgüvenlerinin yüksek olması ve istismardan şüphe ederek istismarı tanıyabilmeleri, muayene sürecini yönlendirebilmeleri ve adli bildirimden çekinmemeleri gerekmektedir.

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar yaralarının tedavi edilerek iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, ilerleyen dönemde daha büyük yaralanmalarla ve hatta ölümle karşıma gelebilmektedir. Meslek hayatının henüz başında olan ve pratisyen hekim olarak her alanda çalışacak olan hekimlerimizin çocuk istismarı konusunda yeterli bilgi donanımına sahip olmaları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı yaratacaktır. Bu nedenle tıp fakültesi eğitim şekli ve içerikleri ile sınav sisteminin tekrar düzenlenmesi gerekliliği görülmektedir Tıp fakültelerinde eğitim programlarının efektif olup olmadığını değerlendirmek için dönem dönem anketler yapılarak eğitim programlarının yenilenerek eğitime devam edilmesi, tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesini de yükseltecektir. Mezun olan hekimler için de eğitim programları düzenlenmesi görevdeki hekimlerin de eksikliklerinin giderilmesini sağlayacaktır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çocukluk kavramının tarih içinde toplumun inançlarına, ekonomilerine ve kültürlerine göre değişen bir kavram olarak yer aldığı bilinmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi 1. Maddesi'ne göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.

Dünya Sağlık Örgütü çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışları çocuk istismarı olarak değerlendirmektedir. Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 temel grupta incelenmektedir.

Fiziksel istismar ise en geniş tanımı ile “Çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanır. Çocuğun fiziksel istismarından şüphe edilmesi ve istismarın tanınması zor olsa da çocuk açısından gelecek yaşamının şekillendirilmesinde ve karakterinin gelişiminde ne kadar etkili olacağı göz önüne alındığında istismarın akla getirilmesinin önemi aşikardır. Bu açıdan özellikle hekimlerin çocuk istismarının risk faktörleri, belirtileri ve muayene bulguları konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir. Çalışmamızda intern hekimlerin çocuğun fiziksel istismarının belirti ve risklerini tanıma durumu, bu konudaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının belirlenmesi, istismar şüphesi, tanı konması ve sonrasındaki adli bildirim sürecine yaklaşımları, bakım ve tedbir kararları konusunda çekincelerinin belirlenmesi, uygulanan eğitim programının gözden geçirilmesi, bu konuda ihtiyaç duyulabilecek eğitim programlarının düzenlenmesine katkıda bulunmak ve daha önce yapılan araştırmalarla karşılaştırılarak hekimlerin bilgi ve yaklaşımlarındaki değişikliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Şubat 2023- Nisan 2023 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 142 intern hekimin katılımı ile gerçekleştirilmiş olup tanımlayıcı tipte kesitsel anket çalışmasıdır. Çalışmada katılan intern hekimlere 14 sorudan oluşan tanıtıcı bilgi ve farkındalık formu ile 40 sorudan oluşan bilgi ölçme formu uygulanmıştır. Araştırma anketi Google formlar üzerinden oluşturulmuş olup intern hekimler ile sınıf temsilcileri aracılığı ile Whatsapp ve e-mail grupları yardımıyla paylaşılarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Verilerin analizinde “SPSS (SPSS 23.0) istatistik

programı kullanılmıştır ve $p<0,05$ (iki yönlü) olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza %52,8'i kadın, %47,2'si erkek olmak üzere toplam 142 intern hekim katılmıştır. Intern hekimlerin % 64,8'i 24 ve 25 yaş grubunda olup hekimlerin %98,6'sının bekar olduğu saptanmıştır. Katılan intern hekimlerin %88'i çocuğun fiziksel istismarı konusunu ders olarak gördüğünü, %85,2'si staj eğitiminde gördüğünü belirtmiş olup; %99,3'ü bu konudaki eğitimi adli tıp, %71,1'i çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık alanlarının verdiğini belirtmiştir. Ayrıca katılan intern hekimlerin %78,9'u alınan eğitimin kısmen yeterli/yetersiz olduğunu, %95,1'i ise bu konuda mezuniyet sonrasında eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Yaptığımız çalışmaya katılan intern hekimlerin %39,4'ü fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştığını ifade etmiştir. Katılan hekimlerin %79,6'sı çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğinde her koşulda adli bildirim yapacağını ifade etmiş olup; %71,1'i adli bildirim konusunda çekinceleri olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda intern hekimlerin görev başındaki hekimlere yönelik pek çok çalışmaya göre fiziksel istismar konusunda eğitim alma oranı yüksek bulunmuştur. Intern hekimlerin aldıkları eğitimi çoğunlukla yetersiz olarak tanımlamalarında, eğitim döneminde hekimlerin yarısından fazlasının fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaşmaması ve teorik eğitimin uygulama ile pekiştirilememesinin etken olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle fakültede verilen çocuğun fiziksel istismarı konusundaki eğitimin değerlendirilmesi ve revize edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır. Ayrıca hekimlerin yaklaşık %70'inin adli bildirim konusunda çekincelerinin olması nedeniyle adli tıp eğitim programında adli bildirim ile ilgili bilgilerin güncellenmesi ve eksiklikleri giderecek düzenlemeler yapılması gerektiği görülmüştür. Pratisyen hekimlerin Türkiye'nin her yerindeki acil servisler ve aile sağlığı merkezleri gibi çocuk istismarı ile direkt ve hatta ilk olarak karşılaşabilecek çalışma alanları olduğu düşünüldüğünde intern hekimlerin istismar konusundaki sorumlulukları çok yüksektir. Bu nedenle istismar konusundaki ve adli bildirim yapma konusundaki farkındalıklarının ve bilgi düzeyleri ile özgüvenlerinin yüksek olması ve istismardan şüphe ederek istismarı tanıyabilmeleri, muayene sürecini yönlendirebilmeleri ve adli bildirimden çekinmemeleri gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuğun fiziksel istismarı, adli bildirim, çocuk istismarı.

8. ABSTRACT

Introduction and Objective: It is known that the concept of childhood takes place in history as a concept that changes according to the beliefs, economies and cultures of the society. According to Article 1 of the Convention on the Rights of the Child, every person up to the age of eighteen is considered a child, with the exception of the earlier age of majority.

The World Health Organization considers the behavior of an adult, society or country, intentionally or unintentionally, as child abuse, which adversely affects the health and physical development of the child. child abuse; It is examined in 4 main groups as physical abuse, sexual abuse, emotional abuse and neglect.

Physical abuse, on the other hand, is defined as “non-accidental injury of a child” with its broadest definition. Although it is difficult to suspect the child's physical abuse and to recognize the abuse, the importance of bringing abuse to mind is obvious considering how effective it will be in shaping the future life of the child and in the development of his character. In this respect, it is important that physicians have sufficient knowledge about the risk factors, symptoms and examination findings of child abuse. In our study, intern physicians' recognition of the symptoms and risks of child physical abuse, determination of their level of knowledge and awareness on this subject, their approach to the suspicion of abuse, diagnosis and subsequent forensic reporting process, determination of their reservations about care and precautionary decisions, review of the training program applied, It is aimed to contribute to the regulation of education programs and to determine the changes in the knowledge and approaches of physicians by comparing them with previous studies.

Materials and Methods: Our study was carried out with the participation of 142 intern physicians at Kocaeli University Faculty of Medicine between February 2023 and April 2023 and is a descriptive cross-sectional survey study. An introductory information and awareness form consisting of 14 questions and a knowledge measurement form consisting of 40 questions were applied to the intern physicians participating in the study. The research questionnaire was created on Google forms and shared with intern physicians and

class representatives with the help of Whatsapp and e-mail groups and delivered to the participants. The statistical program “SPSS (SPSS 23.0) was used in the analysis of the data and the values with $p < 0.05$ (two-sided) were considered statistically significant.

Findings: A total of 142 intern physicians, 52.8% female and 47.2% male, participated in our study. 64.8% of the intern physicians were in the age group of 24 and 25, and 98.6% of the physicians were found to be single. 88% of the participating intern physicians stated that they saw the physical abuse of the child as a lesson, 85.2% of them stated that they saw it during internship training; 99.3% of them stated that the training on this subject was given by forensic medicine, 71.1% of them were given the specialty of child mental health and diseases. In addition, 78.9% of the participating intern physicians stated that the education received was partially sufficient/insufficient, and 95.1% stated that they wanted to receive training on this subject after graduation. 39.4% of the intern physicians participating in our study stated that they encountered a child who was physically abused. 79.6% of the attending physicians stated that they would make a judicial notification under any circumstances when they suspect physical abuse of the child; 71.1% stated that they had reservations about judicial notification.

Conclusion: In our study, the rate of intern physicians receiving training on physical abuse was found to be higher than in many studies on physicians on duty. It was concluded that the fact that more than half of the physicians did not encounter a child who was physically abused during the training period and that the theoretical education could not be reinforced with practice was a factor in the intern physicians' describing the education they received as inadequate. For this reason, it was concluded that the education on the physical abuse of the child given in the faculty should be evaluated and revised. In addition, due to the fact that approximately 70% of the physicians have reservations about forensic reporting, it has been seen that the information about forensic reporting in the forensic medicine education program should be updated and arrangements should be made to eliminate the deficiencies. Considering that general practitioners work areas such as emergency services and family health centers all over Turkey that may encounter child abuse directly or even for the first time, intern physicians have a very high responsibility for abuse. For this reason, they should have a high level of awareness, knowledge, and self-confidence about abuse and making forensic reporting.

Keywords: Child physical abuse, forensic reporting, child abuse.



9. EKLER

KOÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sizi Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Başar ÇOLAK tarafından yürütülen ‘KOÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi’ başlıklı çalışmaya katılmaya davet ediyoruz. Katılımınız için çok teşekkür ederiz. Bu çalışma ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin çocuğun fiziksel istismarı konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve farkındalıklarının belirlenmesi, çocuğun fiziksel istismarı konusunda farkındalıkların artırılması, bu konudaki eğitimin yeterliliğinin gözden geçirilmesi, adli bildirim süreci, bakım ve tedbir kararları konusunda çekincelerin belirlenmesi ve farkındalığın arttırılması, günlük hayatta ve çalışma hayatında doktor olarak fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocukla karşılaşıldığında yapılması gerekenler konusundaki çekincelerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Veri toplama formu Sosyodemografik Özellikler ve KOÜ Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Çocuğun Fiziksel İstismarı Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Ölçülmesine Yönelik Anket Çalışması ölçeklerinden oluşmaktadır. Soruları tamamlamak yaklaşık 6-8 dakika sürecektir. Soruları tamamlayıp araştırmacıya ulaştırmak araştırmaya katılmaya onam verdiğiniz anlamına gelecektir. Araştırmamızın öngördüğümüz herhangi bir dezavantajı ve riski bulunmamaktadır. Elde edilmesi beklenen fayda Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin çocuğun fiziksel istismarı konusundaki farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesine yardımcı olmak ve bu konudaki farkındalığın arttırılmasıdır. Kimlik bilgilerinizin kullanılmayacağı bu çalışmadan elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bireysel anket sonuçlarına yalnızca araştırmacılar ulaşacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi herhangi bir sebep göstermeksizin istediğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Soruları yanıtlayıp araştırmacıya teslim etmek çalışmaya katılmaya onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Soruları doğru yanıtlamanızın önemini

hatırlatır tekrar teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili bilgi herhangi bir sorunuz olursa ve/veya sonucu hakkında bilgi edinmek isterseniz aşağıdaki iletişim bilgileriyle bize ulaşabilirsiniz.

Arş. Gör. Dr. Nur ALPAGUT DELİKAYA

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Tel: 05317975712

e-posta: alpagutnur@gmail.com

Çalışmaya katılmayı onaylıyor musunuz?

Evet onaylıyorum()

Hayır onaylamıyorum()

Tanıtıcı Bilgi ve Farkındalık Formu

1- Kaç Yaşındasınız?

2-Cinsiyetiniz: Kadın() Erkek()

3-Medeni durum: Bekar() Evli() Boşanmış()

4-Çocuğun fiziksel istismarı konusunda hangi şekilde eğitim aldınız?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Kitap ve makale okudum.()

Seminer ve panellere katıldım.()

Ders olarak gördüm. ()

Staj eğitimi aldım. ()

5- Hangi uzmanlık alanları size bu eğitimi verdi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Adli Tıp ()

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ()

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ()

Diğer ()

6- Çocuğun fiziksel istismarı konusunda aldığınız/alacağınız eğitimin mezuniyet sonrasında yeterli olacağını düşünüyor musunuz?

Yetersiz düzeydeydi. ()

Kısmen yeterli düzeydeydi. ()

Yeterli düzeydeydi. ()

Her açıdan yeterli düzeydeydi. ()

7- Mezuniyet sonrasında bu konuda tekrar eğitim almak ister misiniz?

Gerek yok.()

Hatırlatıcı olması anlamında eğitim almak isterim. ()

Eksiklerimi gidermek için eğitim almak isterim. ()

Tekrar kapsamlı bir eğitim almak isterim. ()

8-Meslek hayatınızda fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hastayla karşı karşıya kalabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Mutlaka karşılaşırım.()

Karşılaşma olasılığım var.()

Karşılaşmam. ()

9- Fiziksel istismara uğramış olma ihtimali olan bir çocuk hasta ile karşılaştığınızda yapmanız gerekenleri biliyor musunuz?

Tüm ayrıntıları ile biliyorum. ()

Kısmen yeterli bilgiye sahibim. ()

Bilgim yetersiz düzeyde. ()

Bir fikrim yok.()

10- Çocuğun fiziksel istismarından şüphelendiğiniz durumlarda adli bildirim yapmayı düşünür müsünüz?

Her koşulda bildiririm. ()

Yaralanmanın şiddetine ve uygulayan kişiye göre karar veririm.()

Bildirmem. ()

11- Adli bildirimin nasıl yapılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?

Yeterli bilgiye sahibim.()

Kısmen yeterli bilgim var.()

Bilgim yetersiz düzeyde. ()

Bu konuda herhangi bir bilgim yok. ()

12- Adli bildirim yapma konusunda çekinceniz var mı?

Evet() Hayır()

13- Cevabınız evet ise adli bildirim yapma konusundaki çekinceleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Nasıl yapılacağını bilmiyorum.()

Nereye yapılacağını bilmiyorum.()

Bildirim yapmam gerektiğinden emin olamıyorum.()

Sonrasında çocuğun neler yaşayacağını bilmiyorum.()

Adli bildirimin bana sorumluluk yükleyeceğini düşünüyorum.()

Bildirim yaparsam çocuk koruma altına alınarak aileden uzaklaştırılabilir. ()

Aile ceza alır, ebeveyn bakımı aksar.()

14- Hiç fiziksel istismara uğramış bir çocuk ile karşılaştınız mı?

Evet() Hayır()

Bilgi Ölçme Formu

1- Çocuğun fiziksel istismarı daima çocuğun ebeveyni tarafından yapılır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

2- Fiziksel istismarın tanısı yeni oluşacak istismarı önler.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

3- Çocukluğunda istismara maruz kalan ebeveyn çocuğun fiziksel istismarı açısından risk faktörüdür.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

4- Çocuktaki büyüme gelişme geriliği fiziksel istismar nedenli olabilir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

5- Ekimozların özellikleri fiziksel istismar konusunda bilgi verebilir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

6- Fiziksel istismar şüphesinde çocuktan anamnez alınırken açık uçlu sorular sorulmalıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

7- Çocukta fiziksel bulgu olmaması fiziksel istismarın olmadığı anlamına gelir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

8- Fiziksel istismar şüphesinde öykü alınırken çocuk ve aileyle birlikte görüşülmelidir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

9- Her zaman ilk anlatılan öykü daha güvenilirdir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

10- Fiziksel istismarda en sık gözlenen bulgu kırıklardır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

11- Fiziksel istismar şüphesi olan çocuklarda ayrıntılı göz muayenesi yapılmalıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

12- Fiziksel istismarda en sık ölüm nedeni kafa travmalarıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

13- Ana- babanın yaralanmayı bir kardeşe veya üçüncü şahıslara yüklemesi fiziksel istismar açısından şüphe uyandırır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

14- Fiziksel istismarda en sık gözlenen deri yaralanması ekimozdur.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

15- Bilinen bir travmaya bağlanamayan subdural hematom, göz içi kanamalar fiziksel istismarı akla getirir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

16- Fiziksel istismar sonucu oluşan lezyonlar en çok alt bacağın ön kısmı, diz, dirsek ve kemiğin deriye yakın olduğu vücut bölgelerinde olur.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

17- Sağlık çalışanları fiziksel istismardan şüphelenirse veya tanı koyarsa adli bildirim yapmakla yükümlüdür.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

18- Çocukta davranışsal ve ruhsal değişimler gözlenmesi fiziksel istismarın belirtisi olabilir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

19- Fiziksel istismarda en sık gözlenen bulgu deri yaralanmalarıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

20- Fiziksel istismar en sık rastlanan istismar türüdür.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

21- El ve ayaklardaki simetrik yanıklar fiziksel istismar açısından uyarıcıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

22- Fiziksel istismarda ekstremitelerdeki kırıklar anormal açılanma, bükme veya çekmeden ziyade direkt kemiğe darbe sonucu oluşur.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

23- Fiziksel istismar şüphesinde tüm iskelet sisteminin görüntülenmesi gerekir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

24- Fiziksel istismar şüphesinde hekim çocukta görülen lezyonları görsel olarak kayıt altına almalıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

25- Fiziksel istismarda en sık hasar gören batın organı karaciğerdir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

26- Fiziksel istismarda ağız içi, kulak gibi gizli kalmış yerlerde lezyonlara rastlanmaz.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

27- Fiziksel istismar tanısında çocuğun ruhsal olarak değerlendirilmesi anlamsızdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

28- Benzer şikayetlerle ilgili birden fazla hekime başvuru olağan bir durum olup, fiziksel istismar açısından şüphe uyandırmaz.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

29- Uzun kemik diyafiz kırıkları fiziksel istismara yüksek derecede özgünlük gösterir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

30- Fiziksel istismarda kafatası kırıkları en çok oksipitoparietal bölgede görülür.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

31- İyileşmenin çeşitli aşamalarındaki çoklu kırıklar fiziksel istismarı düşündürür.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

32- Fiziksel istismar tanısı net olarak konulmadan bildirim yapılmamalıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

33- Şiddete maruz kalan çocukların daha sonraki yaşamlarında uyuşturucu kullanma ve çalışma hayatlarında başarısızlığa uğrama olasılığı diğer çocuklarla aynıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

34- Fiziksel istismardan şüphelenilen ve kaza olduğu iddia edilen olgularda öykünün, yaralanmanın özellikleri ile karşılaştırılması gerekir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

35- Sarsılmış bebek sendromunda en sık karşılaşılan beyin dokusu hasarı epidural beyin kanamasıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

36- Fiziksel istismar şüphesi olan çocuklarda çocuğun ailesiyle ilişkisi gözlemlenmelidir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

37- Adli bildirim yaparken ailenin rızası dikkate alınır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

38- Adli bildirim yapılan olgularda fiziksel istismarın olmadığına karar verilir ise hekimin yaptığı adli bildirimden dolayı sorumluluğu vardır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

39- Fiziksel istismar şüphesi olan olgularda adli bildirimin yapılması sonucunda çocuk aileden alınarak sosyal hizmetlerin kurumlarına yerleştirilir.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

40- Fiziksel istismar tanısı veya şüphesi olan çocuklarda koruma ve bakım tedbiri kararı için Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bildirim yapılmalıdır.

Çok doğru / Oldukça doğru/ Kararsızım / Pek doğru değil / Hiç doğru değil

10. KAYNAKÇA

1. Ziyalar, N.Çocuk İstismarı ve Çocukla Adli Görüşme. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2020.
2. Hizmetler BS, Kurumu ÇE. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Ulusal ilk rapor. Ank Başbakanlık Sos Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu. 1999;19.
3. UNİCEF, Sözleşmesi ÇH. Türkiye Milli Komitesi. Ank UNİCEF. 1996.
4. Türk Ceza Kanunu,
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 14/04/2023
5. Kürklü, A. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011
6. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. Adli Tıp Ders Kitabı. Nobel Yayınevi, İstanbul. 1997: 315- 339.
7. Johnson CF. Abuse and neglect of children. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Eds. Nelson Textbook of Pediatrics.18th ed., Philadelphia: WB Saunders, 2007: 171–172.)
8. Polat, O. (2004). Klinik Adli Tıp. SeçkinYayıncılık 1. baskı Ankara, 85-131
9. Aral N. Fiziksel istismar ve çocuk. 1. Baskı. Ankara; Tekışık Veb Ofset, 1997, s:3
10. Kurt G.(2012). Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çocuk İle İlgili Sağlık Hizmetlerinin Çocuk Hakları Sözleşmesine Uygunluğunun Ve Sağlık Profesyonellerinin Çocuk Hakları Konusundaki Farkındalık Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi(Uzmanlık Tezi). Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi.
11. Türk Dil Kurumu Sözlükleri, <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 14/04/2023.
12. Çocuk Hakları Sözleşmesi, <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>, Erişim tarihi: 14/04/2023.

13. Türk Ceza Kanunu,
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 14/04/2023
14. Çocuk Koruma Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf>,
Erişim tarihi: 14/04/2023.
15. Türk Medeni Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>,
Erişim tarihi: 15/04/2023.
16. WHO, Keeping Children and Families Safe Act of 2003 and the Report of the
Conculation on Child Abuse Prevention, <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2003.pdf> acc. date: 20.12.2016.
17. World Report On Violence And Health Chapter 3 Child Abuse and Neglect by
Parents and othercaregivers,
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaing/en/chap3.pdf.acc. date 30.12.2016.
18. Stark E, Flicraft A. Women-battering, child abuse and social heredity:what is the
relationship? Sociological Monograph. 1985; 31: 147-171.
19. Oral R, Can D, Kaplan S, ET AL. Child Abuse in Turkey: An Experience in
Overcoming Denial and A Description of 50 Cases. Child Abuse and Neglect
2001;25: 279-290
20. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismar ve İhmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp
Dergisi 2004; 35: 82-86
21. Polat, O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1, Seçkin Yayınları, Ankara, 2021.
22. Dağlı T, İnanıcı MA, Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri
El kitabı, Ankara, 2010.
23. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ, Lewis T, Briggs EC, Thompson R, English
D, Lee LC, Freerick MM. Examination of a conceptual model of child neglect.
Child Maltreat. 2005; 10(2): 173-89
24. Atalay, Ç. İstismar Ve İhmalin Çocuk Üzerinde Oluşturduğu Olumsuz Psikolojik
Sonuçlar, Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik Ve
Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2006.

25. Güler N., Uzun S., Boztaş Z., Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal Ve Fiziksel İstismar/ İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler, 2002.
26. Çalışkan D., Çıkman B., Salman Ö. İnternette Çocuk İstismarı olgu Sunumu . Çocuk Ve İnternet Kongresi, Ankara, 2013.
27. Aslan, F.,(2019), “Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım”, Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış, (s:215-231), Akademisyen Kitabevi, Ankara.
28. Jain AM. Emergency Department Evaluation Of Child Abuse. Emerg Med Clin North Am. 1999; 17:575-93.
29. Acehan S, Bilen A, Mehmet Oğuzhan Ay ve ark. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013; 22(4):591-614.
30. Finkelhor, D ve Korbin, J.(1988), Child Abuse as an International Issue. Child Abuse and Neglect., 1988, Vol. 12, S: 3-22.
31. Jain AM. Emergency Department Evaluation Of Child Abuse. Emerg Med Clin North Am. 1999; 17:575-93.
32. Nathanson M, Heger AH. The Pathology Of Trauma: The Physically And Emotionally Abused Child, Sexual Violence. Ed. Mason JK, Purdue BN. 3rd Ed. Arnold Pub. London, 2000: 155-190.
33. Wallace RD. Family Violence. A Viacom Comp. USA, 1999:37-125.15. Caffey J. Multiple Fractures İn The Long Bones İnfants Suffering From Chronic Subdural Hematoma. Am J Roentgenol, 1946;56:163-173
34. Helfer RE and Kempe CH. The Battered Child, Chicago, University of Chicago Pres, 1997:8-14.
35. Giovannoni JM and Beccerra RM. Defining child Abuse, Newyork Free Pres, 1979:28-124.19
36. Robin M, Assessing Child Maltreatment Reports Haworth Pres, 1991;14-22
37. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği, <http://www.ciioder.org/ciioder.html>, Erişim Tarihi: 09/04/2023
38. Akyüz E. Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi, I. Türkiye Çocuk Hak Kongresi Yetişkin Bildir Kitabı-2 Çocuk Vakfı Yayın İstanb. 2011;17-42.

39. Kurt SL, Çocuk haklarına ilişkin temel uluslararası belgeler ve Türkiye uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2016; 16(36):99-127
40. Akyüz E, Çocuk Hakları Bildirisi ve Türk Hukuk Sistemi. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences. 1980; 13(1), 339-365
41. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, <https://www.Anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/anayasa/>, Erişim tarihi: 15/04/2023.
42. Öntaş, Ö.C. (2005). “Tehlikeli Çocuklar” ve İktidar. Birikim Dergisi, 192:49-54
43. Westra L. (2014). Child Law: Children’s rights and Collective Obligations. Canada: Springer.
44. Akyüz E. (2018). Çocuk Hukuku Çocukların Hakları ve Korunması. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
45. Şişmanlar ŞG, Biçer Ü, Çoşkun A. (2016). Adli Psikiyatri. Akay AP, Ercan ES(Ed). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (s 450-469). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Dergisi.
46. Hale B. Understanding Children’s Rights: Theory and practice. Family Court Review. 2006;44(3): 350-60)
47. Erbay, E.(2013). Çocuk Hakları. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
48. Feigelman S. Growth, Development and Behavoir in; Nelson Textbook of pediatrics 18 th. Ed. Philadelphia: Mosby Elsevier(Ed by)Kliegman RM, Behrman ER, Jenson HB, Stanton BF. 2007;33-59
49. Candeleria M, Teti, DM, Black MM Multi-risk infants:predicting attachment security from sociodemographic, psychosocial, and health risk among African-American preterm infants. J Child Pshchol Psychiatry. 2011 Aug; 52(8):870-7.
50. Chaudon LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. Pediatrics. 2004 Mar; 113(3 Pt 1): 551-8.
51. Malloy MH, Freeman DH. Age at death, season, and day of death as indicators of the effect of the back to sleep program on sudden infant death syndrome in the United States, 1992-1999. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Apr; 158(4):359-65.
52. Schmintt BD, Seven deadly sins of childhood: advising parenst about difficult developmental phases. Child Abuse Negl. 1987; 11(3) 421-32

53. Connell-Carrick K, Scannapieco M. Ecological correlates of neglect in infants and toddlers. J. Interpers Violence. 2006 Mar; 21(3): 299-316
54. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010 Dec; 95(6): 170-7
55. Feigelman S. Growth, Development and Behavior in; Nelson Textbook of pediatrics 18 th. Ed. Philadelphia: Mosby Elsevier (Ed by)Kliegman RM, Behrman ER, Jenson HB, Stanton BF. 2007;33-59.
56. Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment. Curr Opin Pediatr. 2009 Apr; 21(2): 252-61.
57. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). Bullying among middle school and high school students-Massachusetts, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 Apr 22; 60(15):465-71.
58. Derman O. Adölesan Jinekolojisi. Katkı Pediatri Dergisi. 2005; 27(4).
59. Holland-Hall C., Brown R. Adolescent Medicine Secrets. Questions and answers Reveal the Secrets to Effective Care of Adolescents. 1-51.
60. Neinstein LS. Adolescent Health Care. A practical Guide. 3-150.
61. WHO, Keeping Children and Families Safe Act of 2003 and the Report of the Consultation on Child Abuse Prevention <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2003.pdf> acc. date: 20.12.2016)(World Report On Violence And Health Chapter 3 Child Abuse and Neglect by Parents and other caregivers, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf.acc. date 30/12/2016.
62. Fiziksel İstismar. Bölüm 2.1. Ed: Dağlı ET, İnancı MA. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı. İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Birinci Baskı Ankara, 2011: 32-61.
63. Çolak B, Biçer Ü. Acil Servislerde Çocuk Yaralanmalarını Sadece Tedavi Etmek Yeterli Mi? Türk Pediatri Arşivi 2011; 46(4):357-8.
64. Aşirdizer M. Acil Servislere Başvuran Çocuk ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006, 2(50): 39-48.
65. Steir MD, Leventhal MJ, Berg AT. Are The Children Born To Young Mothers At Increased Risk Of Maltreatment ? Pediatrics 1993; 91: 642-8.

66. Dokgöz H. Polat O, Adli Tıp&Adli Bilimler, Çocuk istismarı ve ihmali, Ankara, 2019:379-415
67. Oral R, Can D, Kaplan S, ET AL. Child Abuse in Turkey: An Experience in Overcoming Denial and A Description of 50 Cases. Child Abuse and Neglect 2001;25: 279-290.
68. Polat O. Çocuk İstismarı. Klinik Adli Tıp, Seçkin Yayıncılık, İstanbul, 2004.
69. Kuşuoğlu S. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ed: Felimen D. Acil Bakım. 3. Baskı, Yüce Yayıncılık, İstanbul, 2004.
70. Polat O. Çocuğa Karşı cinsel İstismarın Gün Yüzüne Çıkartılması Projesi / Destek Hattı Operatör Eğitimi, 2005.
71. Unicef/Parlamentolar arası Birlik: Çocuklara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması, 2007, https://insanhaklariizleme.org/vt/yayin_view.php?editid1=441, Erişim tarihi: 27/04/2023.
72. Gilbert R, Widom CS, Browne K et all. Burden and consequences of child caltreatment in high-iincome countries Lancet 2009İ;373: 68-81.
73. Acehan S, Bilen A, Mehmet Oğuzhan Ay ve ark. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013; 22(4):591-614.
74. Slingsby, B(2019). Child Abuse and Neglect In Fres F. Ferri(Ed.) Ferri's Clinical Advisor 2019 (309-311). The United States : Copyright 2020 Elsevier Inc.
75. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. Child abuse Negl 2005; 29:195. Trokel M, Waddimba A, Griffith J, Sege R. Variation in the diagnosis of child abuse in severely injured infants. Pediatrics 2006; 117:722.
76. U.S. Depertment of Health and Human Services. Child Maltreatment 1990-2006: Reports from the states to the national child abuse and neglect data system. US Government Printing Office, Washington, DC, 1992-2008.
77. National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4), 2004-2009 <https://www.acf.hhs.gov/opre/research/project/national-incidence-study-of-child-abuse-and-neglect-nis-4-2004-2009> acc.date:20/12/2016
78. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>, Erişim tarihi: 21/09/2016

79. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>, Erişim tarihi: 09/04/2023
80. Polat O. Çocuk ve Şiddet, Der Yayınları, İstanbul. 2001
81. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, (1995), 1993-94 yılları arasında Türkiye’de ‘Ailede Şiddet’ araştırması, Başbakanlık Yayınları, Ankara.
82. Şahin F, Fiziksel İstismar, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı: Ed: Çuhadaroglu Çetin F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motovallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F. Ankara, 2008;462-469)
83. Turla A, Dündar C, Özkanlı Ç, Prevelence of childhood physical abuse in a representative sample of collage students in Samsun, Turkey. J of Interpersonal Violence. 2011;25(7):1298-1307
84. Beyazıt, U. Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye’de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal 2015; 1(1): 1-20.
85. Yılmaz Irmak T. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Yaygınlığı Ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi; 2008.
86. Ayan S, Kocacık F. Çocuk istismarı: Sivas (Türkiye) Örneği. Uluslar Arası İnsan Bilim Derg. 2009;1:953-68.
87. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması, Unicef Raporu, <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010>, Erişim Tarihi: 11/04/2023
88. Türkiye Ergen Profili Araştırması, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013, <https://www.aile.gov.tr/media/50221/tepa2013-teksf.pdf>, Erişim tarihi: 11/04/2023.
89. Christian CW, Committee on Child Abuse And Neglect, American Academy of Pediatrics. The Evaluation Of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics 2015;135:e1337.
90. Dubowitz, H and Lane, WG(2019). Abused and neglected children. In Robert M. Kliegman, Joseph w. ST Geme(Eds.) Nelson Textbook of Pediatrics(21nd ed. Pp. 98-111). Canada : Copyright 2020 Elsevier Inc.

91. Türkiye Milli Pediatri Derneği (2014). Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları 2, <https://millipediatri.Org.tr/Custom/Upload/files/kilavuzlar/kilavuz-2.pdf>, Erişim tarihi: 14/04/2023
92. Egami Y, Ford DE, Greenfield SF, Crum RM. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiatry* 1996;153:921.
93. Kaplan S., Physical abuse and neglect. In: Levis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. Second Edition. Baltimore: Williams&Wilkins. 1996; 1033-1041.
94. Degue S, Dilillo D. Is animal cruelty a “red flag” for family violence? Investigating co-occurring violence toward children, partners, and pets. *J Interpers Violence* 2009; 24:1036
95. Aslan, F.,(2019), “Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım”, *Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış*, (s:215-231), Akademisyen Kitabevi, Ankara
96. Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, ET AL. Utility Of Hepatic Transaminases In Children With Concern for Abuse. *Pediatrics* 2013;131:268
97. Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Use Pf Skeletal Surveys To Evaluate For Physical Abuse: Analysis Of 703 Consecutive Skeletal Surveys. *Pediatrics* 2011; 127: e47.
98. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen Ş, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 135-146, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara. 1999.
99. Çocuk İstismarı ve İhmali , “Adli Tıp Uzmanları Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Gereksinimlerini Belirleme Projesi, UNICEF-Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul.2002
100. Alpagut N, Çolak B, (2022) “Travmaya Uğrayan Çocuk Hastaya Yaklaşım, Bildirim, Rapor Yazma”,*Pediyatrik Klinik Adli Tıp*, s221-243, İnanıcı MA., Sert G.,Seçkin Yayınları, Ankara.
101. Dağlı T, İnanıcı MA, Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım, Ankara, Fersa Ofset Matbaacılık, 2011.

102. Dokgöz H. Polat O, Adli Tıp&Adli Bilimler, Çocuk istismarı ve ihmali, Ankara, 2019:379-415
103. Walker CE, Bonner bl, Kaufman KL. The physically and sexually abused child, evaluation and treatment. Eds. Goldstein AP, Kraser L.. Garfield SL. PergamonPress, New York. 1988.
104. Ludwlg S. Child abuse. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM, eds. Textbook of pediatric Emergency Medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. P. 1761.
105. Lamb ME, Orbach Y, Hershkowitz I, ET AL. A Structured Forensic Interview Protocol Improves The Quality And Informativeness Of Investigative Interviews With Children: A Review Of Research Using The NICHD Investigative Interview Protocol. Child Abuse Negl 2007;31 :1201.
106. Çolak B, Karakaya I, Şentürk E, Yanal S, Şişmanlar ŞG, Biçer Ü. Bir Olgu Nedeniyle İmmün Trombositopenik Purpura Ve Çocuğun Fiziksel İstismarı. Türk Pediatri Arşivi 2012;47:310-2
107. Hasta Hakları Yönetmeliği,
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi: 11/04/2023.
108. Guenther E, Knight S, Olson LM et all. Prediction of child abuse risk from emergency department use. J Pediatr 2009; 154: 272-7.
109. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-51.
110. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Archdis Child EducPract ED. 2010;95(6):170-177.
111. Şimşek Orhon F. Çocuk Örselenmesi ve İhtimali. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi. 2006;2(2):79-83.
112. Vatandaş N. Fiziksel İstismar, Çocuk İstismarı ve ihmaline Multidisipliner Yaklaşım, 13-18, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. 2006.
113. Polat O. Fiziksel İstismar . Polat O, Editör. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Cilt 1, Tanımlar, 1. Baskı, 59-91, Seçkin Yayıncılık, Ankara. 2007.

114. Can M, Tirtıl L, Dokgöz H. Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu, Birinci Basamakta Adli Tıp , S. Koç, M. Can, Editörler. 181-191, İstanbul Tabip Odası Yayınları , İstanbul. 2010
115. Bush MA. Forensic dentistry and bitemark analysis- Sound science or junk science? Journal of American Dental Association 2011; 142.9:997-9.
116. Tsang A, Sweet D. Detecting CHILD Abuse and Neglect – Are dentists Doing Enough? Journal of Canadian Dental Association 1999;65:387-91.
117. Knight B, Saukko P. Fatal Child Abuse, Forensic Pathology Third Edition, 461-478, Arnold, London. 2004
118. Healy K, Kennedy R, Sinclair J: Child abuse observed. Br J Psychiatry 1991; 158: 234-237
119. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, et al. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. J Pediatr 2014; 165:383.
120. Nathanson M, Heger AH. The Pathology of Trauma: The Physically and Emotionally Abused Child, Sexual Violence. Ed. Mason JK, Purdue BN. 3rd Ed. Arnold Pub. London, 2000: 155-190.
121. Legano L, McHugh M.T, MPH, Polusci V.J. Child abuse and neglect; Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, February 2009;31-57.
122. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U. Thorakale, abdominelle und HNO-Verletzungen sowie seltene Formen der Kindesmisshandlung. Kindesmisshandlung. 1st ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008.p.89-92.
123. Katner DR, Brown CE. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. Journal of American Dental Association 2012; 143.10: 1087-91.
124. Alder ME, Herschaft EE, Kenney JP, Latner E, McDowell JD, Ord DK et al. Human Abuse and Neglect. Herschaft EE, Alder ME, Ord DK, Rawson RD, Smith ES. Manual of forensic Odontology. 4 th ed. Albany, NY; American Society of Forensic Odontology; 2006.p.210-243.
125. Kellog N. Oral and Dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics 2005;116.6:1565-8

126. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: diagnosis and management. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(13):231-239.
127. Spinks A, Wasiak J, Cleland H, Beben N, Macpherson AK. Ten-year epidemiological study of pediatric burns in Canada. J Burn Care Res 2008; 29: 482-488.
128. Showers J, Garrison KM. Burn abuse: a four-year study. J Trauma 1988; 28: 1581-1583.
129. Maguire S, Moynihan S, Mann M, Portokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. Burns 2008; 34: 1072-1081.
130. Green A.h. Child Maltreatment. A Handbook for Mental Health and Child Care Professionals. Ed Arthur H. Green, New York, Jason Aronson, London 1980.
131. Kemp AM, Jones S, Lawson Z, Maguire SA. Patterns of burns and scalds in children. Arch Dis Child 2014; 99:316.
132. Beals RK, Tufts E. Fractured femur in infancy: the role of child abuse. J Pediatr Orthop 1983; 3: 583-586.
133. Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fracture in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. Br Med J 1986; 293: 100-102.
134. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010; 95(6): 170-177.
135. Sink EL, Hyman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse: the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. Clin Orthop Relat Res. 2011; 469(3):790-797.
136. Flaherty EG, Perez – Rosello JM, Levine MA, et al. Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics 2014; 133: e477.
137. The American College of Radiology practice guideline for skeletal surveys in children, 2011. www.acr.org. Erişim tarihi:24.01.2012.
138. Zimmerman S, Markoroff K, Care M, Thomas A, Shapiro R. Utility of follow-up skeletal surveys in suspected child physical abuse evaluations. Child Abuse Negl 2005; 29: 1075-1083

139. Hobbs CJ. Skull fracture and the diagnosis of abuse. Arch Dis Child 1984; 59: 246-252.
140. Kalichman Seth C. Mandatory Reporting of Suspected Child Abuse: Ethics, Law, Policy, 2nd edition. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.
141. Şahin F, Fiziksel İstismar, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı: Ed: Çuhadaroglu Çetin F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F. Ankara, 2008; 462-469.
142. Şahin, Ö., (2022) “Çocukluk Dönemi Kaza Dışı Yaralanmalarda Göz Değerlendirmesi”,Pediatrik Klinik Adli Tıp, s97-110, İnancıcı MA., Sert G.,Seçkin Yayınları, Ankara.
143. Kargı ŞH. Pediatrik Travma Hastasının Değerlendirilmesi. In: Tamçelik N(ed). Okuler Travmatoloji Medikolegal Oftalmoloji- Yeni Yasal Düzenlemeler. Oftalmoloji Derneği; 2007. Pp 3-17.
144. Aslan, F.,(2019), “Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım”, Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış, (s:215-231), Akademisyen Kitabevi, Ankara.
145. Şahin F. Örselenen çocuğa Klinik yaklaşım ve olguların izlemi. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi. 2006;2(2):84-90
146. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and neglect: diagnosis and management. Dtsch Arzteb 1 Int. 2010; 107(13):231-239
147. Conradi L, Wherry J, Kisiel C. Linking child welfare and mental health using trauma-informed screening and assesment practises. Child Welfare 2011; 90(6):129-47.
148. Perdahlı Fiş. N, (2022) “Travmaya Uğrayan Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi”,Pediatrik Klinik Adli Tıp, s161-166, İnancıcı MA., Sert G.,Seçkin Yayınları, Ankara.
149. Baren JM, Mace SE, Hendry PL. Children’s mental health emergencies- Part 3, Special situations: child maltreatment violence, and responce to disasters. Pediatric Emergency Care. 2008;24(8):569-577
150. Peltonen K, Ellonen N, Larsen HB, Helweg-Larsen K., Parental violence and adolescent mental health . Eur Child Adolesc psychiatry. 2010; 19:813-822

151. Gilbert R, Alison K, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL., Child Maltreatment 2, Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373:167-180
152. Coleman D ,Stewart LM., Prevalence and impact pf childhood maltreatment in incarcerated youth. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80(3):343-49.
153. King JW, Morag M, Sirnick A, Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Cnada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 2003; 168(2):155-58.
154. Richards PG, Bertocci GE, Bonshek RE, et al. Shaken Baby Syndrome. *Arch Dis Child* 2006; 91: 205
155. Minns RA, Jones PA, Mok JY. Incidence and demography of non-accidental head injury in southeast Scotland from a national database. *Am J Prev Med* 2008;34(4 Suppl): S126-133)(Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet* 2000; 356(9242): 1571-1572.
156. Fischer H, Allasio D. Permanently damaged: long-term follow –up of shaken babies. *Clin Pediatr* 1994; 33:696-8)
157. Fiser DH, Long N, Roberson PK, et al. Relationship of pediatric overall performance category and pediatric cerebral performance category scores at pediatric intensive care unit dischaerge with outcome measures collected at hospital discharge and 1-and 6-month followup assessments. *Crit Care Med* 2000; 28(7): 2616-20.
158. Polat O, Dokgöz H. Münchausen Sendromu, Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Ed. Polat O. Seçkin Yayınları, Ankara, 2007; S. 291-304.
159. Squires JE, Squires RH. Munchausen syndrome by Proxy: ongoing clinical challanges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 51(3):248-53.
160. Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007; 119(5): 1026-30.
161. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loisell J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2000; 106: 100- 4.

162. Sane SM, Kleinman PK, Cohen RA. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2000; 105: 1345-8.
163. World Report On Violence And Health Chapter 3 Child Abuse and Neglect by Parents and other caregivers. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf. acc. date 30.12.2016.
164. Laposata M E, Laposata M. Children With Signs of Abuse When Is It Not Child Abuse? *Am J Clin Pathol* 2005;123(Suppl 1):1 119-S124
165. Koç, F.; Halıcıoğlu, O.; Akşit, S., “Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür?”, *The Journal of Pediatric Research*, 2014; 1(1):1-5
166. Trokel M, Waddimba A, Griffith J, Sege R. Variation in the Diagnosis of child Abuse in Severely Injured Infants. *Pediatrics* 2006; 117(3):722-728.
167. Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL. The physically and sexually abused child, evaluation and treatment. Eds. Goldstein AP, Kraser L, Garfield SL. Pergamon Press, New York. 1988.
168. Can İÖ.; Özdemir MH.; Direk N.; (2018), “Adli Olgu Bildirimiyle İlgili İkilemlerde Hekimlerin Tutumları”, *Adli Tıp Bülteni*, 23(1):1-5.
169. Stein TJ. The child abuse prevention and treatment act. *Soc Serv Rev* 1984; 58: 302-314.
170. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N, “Çocuk İstismarı Ruh Sağlığı ve Adli Bildirim Zorunluluğu”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008;9:1-7.
171. Anderson J, Martin J, Mullen P, Romans S, Herbisin P. Prevalence of childhood sexual experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:911- 919.
172. Yolga Tahiroğlu A, Avcı A. İstismar olgularının yatarak tedavisi: Türkiye için yeni bir tedavi sisteminin tanıtımı. 17. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi (19-22 Nisan 2007, Çeşme) Özet Kitabı, İzmir, 2007, s.123.
173. Dağlı T, (Yayına Hazırlayan), 2015, *Çocuğa Yönelik Şiddet ve Çocuğun Korunması*, 1, Altan Matbaacılık, İstanbul.
174. Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik,

- <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=10884&mevzuatTur=KorumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 25/04/2023.
175. Polat, O. Tüm Yönleriyle Çocuk İstismarı 2, Seçkin Yayınları, Ankara, S:383-406, 2019.
176. Yurdakök, K. Çocuk İstismar Ve İhmali, Tanımı Ve Risk Faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi, 32 (4), 423 – 434, 2010.
177. Erkman F.: Çocukların Duygusal Ezimi. S. 163-170, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, Gözde Repro Ofset, Ankara, 1991.
178. Rosenberg, MS ve Reppucci, ND (1985). Çocuk istismarının birincil önlenmesi. *Danışmanlık ve Klinik Psikoloji Dergisi*, 53 (5), 576–585.
179. Sidebotham P., Heron J.: Child Malteratment İn The “Children Of Nineties” The Rol Of Child. Child Abuse And Neglect, 27(3):337-352, 2003.
180. Bahçecik N., Kavaklı A.: Çocuk İstismarı Ve İhmalinde Hemşirenin Korumucu Sağlık Hizmetlerinde Ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu. Hemşirelik Bülteni, 8(32): 45-51,2012.
181. Centel N, Zafer, Çakmut, Beta yay. İstanbul. 2007; 123.
182. Bakıcı S, Ceza Hukuku Özel Hükümleri, Adli Yay, Ankara. 2010;4:256-260
183. Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi, <https://www.atk.gov.tr/tckyaralama24-06-19.pdf>, Erişim tarihi: 18/04/2023.
184. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17030&mevzuatTur=KorumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi: 03/05/2023
185. Saka NE. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı’nca Karara Bağlanmış Çocuk Ölümünün “Çocuk İstismarı Ve İhmali” Açısından İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 2004.
186. İstatistiklerle Çocuk, 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674>, Erişim Tarihi: 09/06/2023
187. Kellogg N. The Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2005: 1565-1568.

188. Kornberg, Ludwig S. (1992). Child Abuse: A Medical Reference, 2nd edition. New York, NY: Churchill Livingstone.
189. Altun F., Annaç NB., Şişmanlar ŞG., Çolak B., (2022), Çocuk Koruma Kararı, Her Zaman Çocuğun Yararına mı?, 19. Ulusal Adli Bilimler Kongresi 2022, Didim.
190. Eija P, Mika H, Aune F, Leila L. How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. Nursing research and practice 2014. ID 425460.
191. ANIL AB, Anıl M, Astarcıoğlu G, Şen S, Aksu N. Çocuk istismarına bağlı ölümcül kafa travması: iki vaka. Çocuk Dergisi 2009; 9(4):199-202.
192. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi 2012; 26(2):86-96.
193. Marshall WN, Locke C. Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. Child abuse & neglect 1997; 21(2):171-179.
194. Orhon FS, Ulukol B, Bingöler B, Gülnar SB. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. Child Abuse & Neglect 2006; 30(10):1081- 1092.
195. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery—will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. Child abuse & neglect 1998; 22(3):159-169.
196. Kılıç B., Birinci Basamak Hekimlerinin Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanıma Durumu. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın, 2021.
197. Solak, Y. (2018). Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi.
198. Demir, H. (2012). Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi.

199. Urhan B, Etiler N. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum 2011; 2(29):191-215.
200. Yükseköğretim Bilgi Yönetimi Sistemi Verileri, <https://istatistik.yok.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 08/06/2023
201. Kara Ö. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2010.
202. Yaman S. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkındaki Bilgi Ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi. Sivas, 2017
203. Şanyüz Ö. Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. İstanbul, 2009.
204. Kamiloğlu M. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Ankara, 2018.
205. Salaçin S, Çekin N, Özdemir HM, Kalkan Ş. Mezuniyet Öncesi Adi Tıp Eğitimi Almış Öğrencilere Yönelik Bir Anket Çalışması. Adli Tıp Bülteni 1997; 2(1):21- 24.
206. Türker G. Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2017.
207. Socolar RR. Physician knowledge of child sexual abuse. Child Abuse Negl. 1996;20(8):783–90.
208. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. J Adv Nurs 2006; 56(3): 227–236.
209. Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006.

210. Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi ve Tutumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14(11): 241-246.
211. Garrusi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Physicians' Perception Regarding Child Maltreatment In Iran (IR). Internet J Health (serial online) 2007; 6(2)©
212. Flaherty E., Price LL., Wasserman R., Trowbridge M., OConnor K., Sege R. See No Evil: Education And Experience İn Child Abuse, Pediatrics, www.aap.org/research/abstracts/04abstract23.htm (Erişim tarihi 17.11.2017)
213. 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 & Negl. 2003;27(10):1161–78.
214. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: A means for improving reporting of suspected child abuse. Child Abuse Negl 1995; 29:63-69.
215. Zellman GL. Report decision-making patterns among mandated child abuse reporters. Child Abuse Negl 1991; 14:325-333.
216. Zellman GL. Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters, prevalence, incidence, and reasons. J Interpers Violence 1990; 5:3-22.
217. Sundell K. Child-care personnel's failure to report child maltreatment: Some Swedish evidence. Child abuse & neglect 1997; 21(1):93-105.
218. Borres MP, Hagg A. Child Abuse Study Among Swedish Physicians And Medical Students. Pediatrics International 2007;49: 177–182.
219. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert A, Hay TC. Analysis of Missed Case of Abusive Head Trauma. JAMA 1999;281:621–6.
220. Theodore AD, Runyan DK. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. Child Abuse Negl. 2006; 30: 1353-63.
221. Tümer AR, Keten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirimi ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2010;41:128-34.
222. Turla A, Dünder C. Samsun il merkezinde adli rapor düzenleyen pratisyen hekimlerin adli tıp eğitimi ve adli raporlara yansımaları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2003;20:119-24.

223. Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;45:175-9. 10.
224. Gündüz T. Pratisyen hekimlerin adli tıp uygulamalarında karşılaştıkları sorunları. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik* 1997;5:56-63
225. Can, İÖ.; Özdemir, MH.; Direk, N.(2018), “Adli Olgu Bildirimiyle İlgili İnkilemlerde Hekimlerin Tutumları”, *Adli Tıp Bülteni*, ; 23 (1): 1-5.
226. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To Report Or Not To Report Physician`S Attitude Toward Discipline And Child Abuse. *American J Of Disease of Childhood* 1985 ; 139: 194-197.
227. Flaherty EG, Sege R, Binns J, Mattson CL, Christoffel KK. The Pediatric Practice Research Groy Health Care Providers Expriance Reporting Child Abuse Dn The Primary Care Setting. *Archives Of Pediatric And Adolescent Medicine* 2000; 154: 489-493.