



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUKLARA
KÖTÜ MUAMELE İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI
VE KENDİ TECRÜBELERİ İLE İLİŞKİSİ**

DR. MİHRİBAN ÖZGÜR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK SAĞLIK

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUKLARA
KÖTÜ MUAMELE İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI
VE KENDİ TECRÜBELERİ İLE İLİŞKİSİ**

DR. MİHRİBAN ÖZGÜR

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. SADIK SAMİ HATİPOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda yanımda olan, emeğini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e, aynı zamanda tez danışmanım olan Prof. Dr. Sadık Sami Hatipoğlu'na,

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde çok büyük emeği olan, kendisine her danıştığım da değerli bilgilerini ve zamanını paylaşan, tez yazım sürecimin her aşamasında ilgi, sabır ve hoşgörüsü bana destek olan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Semra Yılmaz'a, Doç. Dr. Hüseyin Dağ'a ve Uzm. Dr. İbrahim Acungil'e

Kendisine her danıştığım da değerli zamanını, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Uzm. Dr. Özlem Polat'a,

Uzmanlık eğitimim süresince ve bu süreçte yaşanan COVID-19 pandemisinde birlikte çalışmaktan onur duyduğum tüm asistan doktor arkadaşlarıma ve tüm emekçi çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın boyunca sevgisini ve şefkatini hissettiğim biricik anneme ve canım kardeşlerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mhriban Özgür

İstanbul,2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR.....	IV
TABLOLAR LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ÇOCUK VE ÇOCUKLUĞUN TANIMI.....	3
2.1.1. Tarih Öncesi Dönemde Çocuk Kavramı.....	3
2.1.2. İlk Çağ'da Çocuk Kavramı.....	3
2.1.3. Orta Çağ'da Çocuk Kavramı	4
2.1.4. Modern Çağ ve Günümüzde Çocuk Kavramı.....	4
2.2. TARİH BOYUNCA ÇOCUK HAKLARI KAZANIMLARI.....	5
2.3. ÜLKEMİZDE ÇOCUK HAKLARI.....	7
2.3.1. Türk Medeni Kanunu	7
2.3.2. Çocukları Koruma Kanunu	7
2.3.3. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu.....	7
2.3.4. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun	8
2.3.5. Türk Ceza Kanunu	8
2.4. ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNİN TANIMI	9
2.4.1. Fiziksel İstismar	9
2.4.1.1. Sarsılmış bebek sendromu (Shaken Baby Syndrome).....	11
2.4.1.2. Münchausen by Proxy Sendromu-Yapay Bozukluk (Polle Syndrome).....	11
2.4.2. Duygusal İstismar	12
2.4.3. Cinsel İstismar.....	12

2.4.4. İhmal.....	13
2.5. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN NEDENLERİ	15
2.5.1. Aileden Kaynaklanan Risk Faktörleri	15
2.5.2. Çocukla İlgili Risk Faktörleri	16
2.5.3. Çevre ve Toplumsal Sebepler	16
2.6. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİ ÖNLEME.....	17
2.6.1. Birincil Koruma	17
2.6.2. İkincil Koruma	17
2.6.3. Üçüncül Koruma	18
2.7. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BİLDİRİMİ	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	20
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	20
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ.....	20
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21
3.6. ÇALIŞMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ.....	22
3.7. ÇALIŞMAYA DAHİL ETMEME KRİTERLERİ.....	22
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI	22
3.9. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR.....	63
EKLER.....	70

KISALTMALAR

BM: Birleşmiş Milletler

CM: Childhood Maltreatment

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

Çİİ: Çocuk İhmal ve İstismarı

TCK: Türk Ceza Kanunu

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

UNICEF: The United Nations International Children's Emergency Foundation

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICC: International Children's Center

TSH: Temel Sağlık Hizmeti

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

ILO: International Labour Organization

TMK: Türk Medeni Kanunu

SHÇEKK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu

MSbP: Munchausen Sendromu by Proxy

ASPiM: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlükleri

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

ÇÇRTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

TABLO LİSTESİ

<i>Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları</i>	<i>25</i>
<i>Tablo 2: Çocuk İstismarı Konusundaki Deneyime İlişkin Dağılımlar</i>	<i>26</i>
<i>Tablo 3 : Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Klinik Uygulamasına İlişkin Dağılımlar</i>	<i>27</i>
<i>Tablo 4: Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekimliği Asistanlarının Bilgi Düzeyine İlişkin Dağılımlar</i>	<i>30</i>
<i>Tablo 5: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımları.....</i>	<i>34</i>
<i>Tablo 6: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlarının Dağılımları.....</i>	<i>35</i>
<i>Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyinin Değerlendirmesi</i>	<i>36</i>
<i>Tablo 8: Mesleki Özelliklere Göre Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyinin Değerlendirmesi</i>	<i>37</i>
<i>Tablo 9: Demografik Özelliklere Göre Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>38</i>
<i>Tablo 10: Mesleki Özelliklere Göre Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>39</i>
<i>Tablo 11: Demografik Özelliklere Göre Çocuk İstismarı ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun Değerlendirmesi.....</i>	<i>40</i>
<i>Tablo 12: Mesleki Özelliklere Göre Çocuk İstismarı ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun Değerlendirmesi.....</i>	<i>41</i>
<i>Tablo 13: Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumu ile Çocuk İstismarı ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun ilişkisi.....</i>	<i>41</i>
<i>Tablo 14: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>42</i>
<i>Tablo 15: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>43</i>
<i>Tablo 16: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi.....</i>	<i>44</i>
<i>Tablo 17: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi.....</i>	<i>45</i>
<i>Tablo 18: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>46</i>
<i>Tablo 19: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>47</i>
<i>Tablo 20: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi</i>	<i>48</i>

Tablo 21: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi	49
Tablo 22: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	50
Tablo 23: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	51
Tablo 24: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	52
Tablo 25: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	53
Tablo 26: Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	54
Tablo 27: Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyi ile Ölçek Puanlarının İlişkisi	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları	24
Şekil 2 :Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	25
Şekil 3: Ebeveyniyle poliklinik sırası bekleyen çocuğun kol ve bacaklarında ekimozlar fark ettiniz, yaklaşımınız nasıl olur? sorusuna verilen cevapların dağılımı	28
Şekil 4: Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız? sorusuna verilen cevapların dağılımı	29
Şekil 5: Çocuğun kötüye kullanımında aile hekimi bilgi düzeylerini dağılımı	32
Şekil 6: TCK madde 280'e göre çocuk istismarı ile karşılaştığında bildirim yapma yükümlülüğü olduğunu bilme durumunun dağılımı	33



ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı İstanbul ilindeki Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çocuklara kötü muamele ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları ve kendi tecrübeleri ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız gerekli izinler alındıktan sonra 30/11/2021-30/01/2022 tarihleri arasındaki 2 aylık periyotta İstanbul ilinde bulunan hastanelerde görev yapan 264 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi hekim ile yapılmıştır. Sosyodemografik sorular ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinden oluşan anket çevrimiçi ortamda doldurulmuştur. İstatistiksel analizde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamız 264 hekim ile yapılmış olup; hekimlerin %68,9'u (n=182) kadın, %31,1'i (n=82) erkektir. Yaş grupları incelendiğinde, %58,3'ünün (n=154) 23-29 yaş grubunda, %38,3'ünün (n=101) 30-39 yaş grubunda, %3,4'ünün (n=9) 40 yaş ve üzeri olan grupta yer aldığı gözlenmiştir. Medeni durumlarına bakıldığında %48,1'i (n=127) evli, %51,9'u (n=137) bekârdır; %24,6'sının (n=65) çocuğu vardır. Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirten hekim oranı %94,7 (n=250) iken; %5,3'ü (n=14) bildirim yapmayacağını belirtmiştir.

Bilgi düzeyini ölçmek için sorulan sorular doğru seçenek bazında puanlanıp bir hesaplama yapılmıştır. Bu durumda alınabilecek minimum puan 0 olup, maksimum puan 21'dir. Çalışmamızda ise hesaplama sonucu elde edilen bilgi düzeyi puanları 2 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $11,40 \pm 2,89$ olarak hesaplanmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları 25 ile 82 arasında değişmekte olup, ortalama $35,73 \pm 11,09$ saptanmıştır.

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çocuklara kötü muamele hakkında bilgi düzeyi ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt ölçek puanları ile ilişkisi incelendiğinde, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal puanları ile çocuğun kötüye kullanımında hekimin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı

ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamıza katılan hekimlerin toplam ÇÇRTÖ puanı ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda çocukluğunda fiziksel istismar ve fiziksel ihmal mağduru olan hekimlerin, çocuklara kötü muameleyi tanıma ve farkındalık düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çocukluk çağında fiziksel olarak kötü muameleye maruz kalan bireylerin bu davranışları normalleştirdiğini düşündürmektedir. Bu yüzden çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmış hekimlerin profesyonel destek almaktan çekinmemeleri gerektiğini, kendi travmalarını iyileştirmelerinin Çİİ bilgi ve farkındalığını da arttıracaklarını düşünmekteyiz. Çalışmamıza katılan hekimlerin %25,4'ü Çİİ bildirimini yasal olarak yükümlü olduklarını bilmediğini belirtmiştir. Ayrıca Çİİ bildiriminde bulunan hekimlerin en zorlandığı aşamanın yasal süreç/gerekli kurumlarla temasa geçme olduğu bulunmuştur. Bu konuda hekimlere yönelik eğitimlerin düzenlenmesinin, hekimlerin önemli bir halk sağlığı sorunu olan Çİİ ile ilgili bilgi düzeyini ve adli bildirim yükümlülüğü bilincini arttıracaklarını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: çocuklara kötü muamele, çocuk istismarı ve ihmali, çocuk istismarı, çocuk ihmali, aile hekimliği, çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği

ABSTRACT

Aim: Our study aims to evaluate the relationship between the knowledge, attitudes, and behaviors of family medicine residency students in Istanbul and their own experiences with childhood maltreatment.

Materials and Methods: Our research was conducted with 264 family medicine residency student physicians working in hospitals in Istanbul for 2 months between 30/11/2021-30/01/2022 after the necessary permissions were obtained. The questionnaire consisting of sociodemographic questions and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) was filled out online. SPSS 25.0 package program was used for statistical analysis.

Results: Our study was conducted with 264 physicians; 68.9% (n=182) of the physicians were female and 31.1% (n=82) were male. When age groups are examined, 58.3% (n=154) of them are in the 23-29 age group, 38.3% (n=101) are in the 30-39 age group, and 3.4% (n=9) are 40. was observed in the age group and above. Considering their marital status, 48.1% (n=127) were married and 51.9% (n=137) were single; 24.6% (n=65) have children. While the rate of physicians who stated that they would report a case or suspicion of child abuse was 94.7% (n=250); 5.3% (n=14) stated that they would not say.

The questions asked to measure the level of knowledge were scored based on the correct option and a calculation was made. In this case, the minimum score that can be obtained is 0 and the maximum score is 21. In our study, the knowledge level scores obtained from the calculations ranged from 2 to 15, and the average was calculated as 11.40 ± 2.89 . Childhood Trauma Questionnaire total scores ranged from 25 to 82, with a mean of 35.73 ± 11.09 .

When the relationship between the level of knowledge of family medicine residency students about child maltreatment (CM) and their CTQ subscale scores were examined, a negative statistically significant relationship was found between physical abuse and physical neglect scores and the physician's level of knowledge about child abuse ($p < 0.05$). There was no statistically significant relationship between the total CTQ score of the physicians participating in our study and their level of knowledge about childhood maltreatment ($p > 0.05$).

Conclusion: In our study, it was found that physicians who were victims of physical abuse and physical neglect in childhood had lower levels of awareness and recognition of child maltreatment. This result suggests that children exposed to physical maltreatment normalize these behaviors. Therefore, we think that physicians who have been maltreated in childhood should not hesitate to seek professional support and that curing their trauma will increase their knowledge and awareness of CM. 25.4% of the physicians who participated in our study stated that they did not know that they were legally liable for the CM notification. In addition, it was found that the most difficult stage for the physicians who reported the CM was the legal process/of contacting the necessary institutions. We think that organizing training for physicians on this subject will increase the level of knowledge and awareness of the forensic reporting obligation of physicians about CM, which is an important public health problem.

Keywords: childhood maltreatment, child abuse, and neglect, child abuse, child neglect, family medicine, childhood trauma questionnaire

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ve çocukluk çağıyla ilgili tanımlamalar, küresel bazı kabullere karşın genel olarak toplumların gelişmişlik düzeyleri, siyasi rejimleri, geçmişten gelen ve devam eden kültürel alışkanlıklarıyla yakından ilgilidir. Tarihte görülen temel, egemen ve yaygın çocukluk tanımları sürekli olarak değişmiştir. İlk çağlarda hor görülen çocuk, Aydınlanma Çağı ile fark edilmiş, değer görmeye başlamıştır (1).

Çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ), ebeveyn veya bakım veren kişi gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür ve yetişkinin kötü niyetle yapması veya çocuğun zararlı olarak algılaması ve tanımlaması zorunlu değildir. Bu eylem ya da eylemsizliklerin nihayetinde çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal yönden hasar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tür çalışmaların yeterli yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır (2).

Çocuk istismarı, yazılı tarihin başlangıcından bu yana çeşitli kaynaklarda yer almıştır. Ne yazık ki, bir yüzyıldan biraz daha uzun bir süre öncesine kadar önemli bir sorun olarak görülmemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk istismarı konularını ele alan ilk örgütlü toplum, 1874'te New York vatandaşlarının bir kilisede istismara uğramış bir çocuk bulması üzerine kurulan Çocuklara Zulüm Önleme Derneği'dir (3).

1962'de Kempe, Amerikan Tabipler Birliği Dergisi'nde 'Dövülmüş Çocuk Sendromu'nu tanımlayarak çocuk istismarı konusunu gündeme getirdi (4). Bu tanı, çocuk istismarı ve ihmali farkındalığı açısından bir dönüm noktası olmuştur. Çünkü 1960'ların sonunda, tüm eyaletler çocuk istismarının bildirilmesini gerektiren yasalar çıkarmış ve istismara uğrayan çocuklara ve ailelerine destek olmak amacıyla programlar oluşturmuştur (3).

Çocuklara kötü muamele, yaşadıkları dönemde fiziksel ve ruhsal sağlıklarını bozduğu gibi ilerleyen dönemlerde yetişkin hayatlarını da olumsuz etkilemekte ve sağlıklı bir birey olarak topluma entegre olmalarının önüne geçmektedir.

İstismar, maruz kalan çocukları ve toplumları birçok yönden etkilemektedir. İstismar mağdurlarının hem çocukken hem yetişkin olduklarında tutuklanma ve şiddet içeren suçlar işleme ihtimallerinin daha yüksek olduğunu biliyoruz. Cinsel istismara uğrayan çocukların yetişkin yaşamlarında fuhuş nedeniyle tutuklanma olasılıkları daha yüksektir. İstismara uğrayan çocuklarda ayrıca ergen intiharı, depresyon, psikiyatrik bozukluklar, şiddet içeren davranışlar, uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımı ve gelişimsel engellilik oranları da daha yüksektir (3). Fiziksel şiddet mağduru çocukların %41'inin ilerleyen hayatlarında intihar edebildiği, kendilerine zarar verebildiği ve sağlıklı yetişen bireylerde bu oranın düşük olduğu görülmüştür (5).

Tüm bu dramatik sonuçlar ışığında çocuk istismar ve ihmalinin toplum sağlığı için önemli bir problem olduğu görülmektedir. Çocuklarla devamlı karşı karşıya gelen doktor, hemşire ve öğretmen gibi meslek gruplarının çocuklarda istismar ve ihmal işareti gördükleri zaman 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun (TCK) 278-279-280. maddeleri gereğince bildirme sorumluluğu vardır (2).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanı almasında hekimlerin bilgi, tutum ve farkındalığı önem arz etmektedir. Bu çalışmada İstanbul ilinde Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi hekimlerin çocuklara yapılan kötü muameleler hakkında farkındalığı ile kendi çocukluklarında yaşadıkları tecrübeler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK VE ÇOCUKLUĞUN TANIMI

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1989 yılında kabul edilen ve ülkemizin de 1990 yılında imzaladığı Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin birinci maddesi uyarınca daha küçük yaşta reşit olma durumu dışında, 18 yaşının altında her insan çocuk sayılır (6). 5237 sayılı TCK'nın 6/1-c maddesine göre 18 yaşını doldurmamış birey çocuktur. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun (ÇKK) 3/1-a maddesine göre ise daha küçük yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış birey çocuktur. Bu iki madde beraber ele alındığında; 18 yaşını doldurmamış her insan çocuk sayılmıştır. Birey 18 yaşından önce ergin (reşit) olsa da çocuk sayılmaya devam edecektir (7).

2.1.1. Tarih Öncesi Dönemde Çocuk Kavramı

Çocukluğun tanımı yaşanan dönemin kültürüne, siyasi politikalarına, dini inanışına, ekonomik durumuna ve refah düzeyine göre farklılaşmıştır. Tarih öncesi dönemde insanlar mağarada yaşarken besin toplamak, güvenliği sağlamak, vahşi hayvanlardan ve doğadan gelecek herhangi bir tehlikeye karşı savunmada olmak için çocuklarını yeterince koruyamamışlardır. Sonradan görülmüştür ki ilkel toplumlar kendi kurallarını oluşturarak zayıf ve güçsüz olan bebek ve çocukları vahşi hayvanların ve tabiatın insafına terk etmişlerdir. Tarih öncesi dönemde kız çocuklar erkek çocuklar kadar kuvvetli olmadığı ve iş gücü sağlayamadıkları için öldürülmüşlerdir (8). Anneler bunu önlemeye çalışsa da çoğu zaman önüne geçememişlerdir fakat ilkel dönemlerde tarım yapan topluluklara ait kazı çalışmalarında annelerine sarılmış bir şekilde gömülen 2-3 yaşındaki çocukların iskeletlerine rastlanmıştır (9).

2.1.2. İlk Çağ'da Çocuk Kavramı

İlk çağda Mezopotamya bölgesinde hüküm süren Babil uygarlığının Hammurabi Kanunlarına göre baba bir aile için bütün tasarruflara sahip tek otoriteydi. Yine bu kanuna göre çocuk, babasına karşı itaatsizlik yapar ya da sınırlarını aşarsa baba tarafından cezalandırılırdı. Bu ceza, çocuğun işlediği kabahatin büyüklüğüne göre

dilini, gözlerini ve parmaklarını kaybetmek olabiliyordu. Baba bir yerden borç aldığı anda güvence olarak çocuğu gösterebilirdi. Üç yıldan uzun olmamak koşulu ile çocuğu köle olarak verebilirdi (10).

Antik Yunan döneminde çocuk kavramına bakacak olursak Aristoteles'e göre çocukluk yaşamın en felaket dönemidir. Çünkü çocuk kendini koruyamadığı için yaşamını tehlikeye sokacak hastalıklar, kazalar ve her türlü probleme karşı daha hassastır. Bununla birlikte kavrama ve idrak etme yeteneği gelişmediği için de aile kontrolü altında olmadan kendi kendine erdemli bir insan olmayı başaramayacaktır ve hayatında mutluluk ve huzuru bulamayacaktır. Augustin ise çocuğun doğuştan günaha meyilli olduğunu ve annesinin memesinin çocuğun bencilliğinin göstergesi olduğunu savunmaktadır (11). Platon ise ona karşılık olarak 'Bana başka anneler verin, size başka bir toplum vereyim.' diyerek bunun çocuk ile ilgili değil bakım verenlerin niteliği ile ilgili olduğunu savunmuştur (12).

2.1.3. Orta Çağ'da Çocuk Kavramı

Orta Çağ'da çocukluk kavramı gelişmemiş olup, çocuk yetişkin insanın küçük versiyonu olarak görülmüştür. Dönem ressamlarının eserlerinde çocuk tasvirlerini anne kucağında minyatür yetişkin şeklinde yapması bu görüşün sanata da yansıdığını göstermektedir. İlk Çağ'da olduğu gibi bu dönemde de çocuklar bir mülk olarak görülmüşlerdir ve hor görülüp kötü muamelelere maruz kalmışlardır (13).

Hristiyanlığın çocuğa bakışı Orta Çağ'da çocuk kavramını şekillendiren önemli bir etkidir. Hristiyanlığa göre çocuk işlenen bir günahın ürünüdür ve doğduğunda günahkardır. Bu günahı çıkarmak için vaftiz edilmesi gereken çocuğun bedeninden ve ruhundan sorumlu kişi ise anne ve babadır (14).

2.1.4. Modern Çağ ve Günümüzde Çocuk Kavramı

Farklı bakış açılarının ortaya çıkmasıyla insanlık Orta Çağ'ın karanlığından kurtulmaya başladı. Aydınlanma Çağ'ında çocuğun masum bir varlık olduğu düşünüldü ve korunmaları gerektiği savunuldu. Böylece babaların çocuklar üzerindeki mutlak otoritesi çöktü. Fakat Sanayi Devrimi'nin getirmiş olduğu kapitalist üretim tarzı çocukları olumsuz etkiledi. Sanayi Devrimi'nin getirdiği yeni anlayışla birlikte çocuklar yeni sorunlarla karşı karşıya kaldı. Fakir ailelerden gelen çocukların, özellikle

Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık gibi gelişmekte olan ülkelerde fabrikalar için gerekli işgücünü sağlamak için kullanıldığı ve küçük yaşta çalışmaya başladıkları için çocukluklarının ellerinden alındığı bilinmektedir. Daha sonrasında teknoloji ve bilim ilerledikçe eğitilmiş insanlara olan ihtiyaç da artmış ve bunun sonucunda çocukların fabrikadan çıkıp okula gönderilmesi giderek bir zorunluluk olarak görülmeye başlanmıştır. Önceki çağlarda babanın üzerinde mutlak otorite olarak görüldüğü çocukluk anlayışından, 21. yüzyılda çocukları merkeze alan ve onlara birey olarak saygı duyan bir anlayışa geçiş olmuştur (15).

20. yüzyıl ve sonrası çocuk kavramının keşfinin zirvede olduğu zamanlardır. İnsanların birçoğu çalışmalarını ve motivasyonlarını çocukluk tanımı arayışlarına adadı. Çocuğun biyolojik, psikososyal, zihinsel ve ahlaki gelişimi araştırıldı ve çocuğun yetiştirilmesine ve gelişimine önem verildi (16).

2.2. TARİH BOYUNCA ÇOCUK HAKLARI KAZANIMLARI

Modern anlamda çocukların korunması düşüncesi Sanayi Devrimi'nin başlangıcında gelişmiştir. Çocukları zorlu çalışma koşullarından korumak için doğan fikir, çocuklara yönelik ilk sosyopolitik önlemleri ortaya çıkardı. Çocuk hakları ve çocukları koruma fikri içinde bulunduğumuz yüzyılda giderek daha önemli hale gelmiştir. Çocuklara ve haklarına verilen önem nedeniyle birçok uluslararası anlaşma ve yönetmelik imzalanmıştır (17).

1900'lerin başlarında, Lillian Wald ve Florence Kelley gibi reformcular, bebeklik döneminde önlenebilir hastalıklardan ölen, kentsel apartmanlarda ve kırsal evlerde yoksulluk içinde yaşayan, madenlerde, tarlalarda, fabrikalarda korkunç koşullar altında çalışan birçok Amerikalı çocuğa yardım etmek için bir federal kurum çağrısında bulunmaya başladılar. 9 Nisan 1912'de Başkan William Howard Taft, çocukların refah standartlarını ve çocuk yaşamıyla ilgili tüm konuları ırk, sosyoekonomik ve kültürel sınıf farkı gözetmeksizin halkın tüm sınıfları arasında araştırmak ve raporlamak için bir Amerika Birleşik Devletleri Çocuk Bürosu'nu kuran yasa tasarısını imzaladı (18).

1924 yılında Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği ve Kadınlar Meclisinin çabaları sonucunda Milletler Cemiyeti'nce çıkarılan bir önsöz ve beş maddeden oluşan

‘Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi’ konuyla ilgili ilk uluslararası metindir. Bu bildiriye göre çocuğun temel ihtiyaçları karşılanmalı, istismara karşı korunmalı ve kendi yaşamını karşılayabilecek duruma getirilmelidir (19).

1946’da Birleşmiş Milletler (BM) Örgütü tarafından çocukların acil ihtiyaçlarının karşılanması, dünya çocuklarının durumunu iyileştirmek amacıyla Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF: The United Nations International Children’s Emergency Foundation) kurulmuştur (20).

1948 yılına gelince BM tarafından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kuruldu (20). DSÖ’nün görevlerinden biri anne ile çocuk sağlığı ve refahı için aksiyonları geliştirmek, anne ve çocuğun tümüyle değişim içinde bulunan çevreye uyum sağlayabilecek şekilde yaşama yeteneklerini artırmaktır.

Yine 1948 yılında Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi kabul edildi. Bildirge’nin 25. maddesi annelerin ve çocukların özel bakımı ile yardım alma haklarını içeriyordu. Bu bildirgeye göre yasal veya evlilik dışı tüm çocuklar aynı sosyal korumadan yararlanır. Aynı bildirgenin 26. maddesinde ise herkesin eğitim hakkına sahip olduğu ve ilköğretimin ücretsiz ve zorunlu olduğu yer almaktadır (21).

Uluslararası Çocuk Merkezi (International Children’s Center-ICC), 1949 yılında UNICEF ve Fransız hükümeti tarafından Paris’te kuruldu. Merkez 1999 senesine kadar gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk doktorları ve sağlık emekçilerine, çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda eğitimler düzenledi ve yayınlar yaptı (22).

1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda ‘Çocuk Hakları Evrensel Bildirgesi’ kabul edilmiştir (8).

1978 yılında DSÖ ve UNICEF temsilcilerinin de katılımıyla gerçekleşen Alma-Ata Konferansında ‘Temel Sağlık Hizmeti (TSH)’ kavramı öne sunuldu. TSH, çocuk sağlığı hizmetlerinde de uygulandı, koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinde büyük ölçüde gelişmeler görüldü (13).

1989 yılında ise Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından oybirliğiyle onaylanan Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS), 1990 yılında yürürlüğe girdi. Türkiye, ÇHS’yi 1990 yılının Eylül ayında düzenlenen ‘Dünya Çocuklar Zirvesi’nde imzaladı ve 1995 yılında Resmi Gazete’de yayımlandı (20,23). Sözleşme, çocuklara yönelik

muamelelere ilişkin evrensel kararları tek bir metinde bir araya getiren ilk resmi belge olması nedeniyle önemlidir. Sözleşme, eğitim, yaşam ve sağlık alanlarında dikkate alınacak standartlar belirlemenin yanı sıra, çocukları savaş veya iç çatışma zamanlarında evde ve iş yerinde fiziksel ve cinsel şiddet dahil olmak üzere her türlü istismardan korunmasını içerir (24).

1999 senesinde Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Derhal Alınacak Önlemlere İlişkin Sözleşme Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından kabul edilmiştir. 2002 yılında ise ILO tarafından çocuk işçiliğine karşı mücadeleye dikkat çekmek için tüm dünyada 12 Haziran günü ‘‘Dünya Çocuk İşçiliğiyle Mücadele Günü’’ olarak kabul edilmiştir (25).

2.3. ÜLKEMİZDE ÇOCUK HAKLARI

2.3.1. Türk Medeni Kanunu

Türk Medeni Kanununun (TMK) 339. maddesinin 1. fıkrası hükmü uyarınca, ana ve baba, çocuğun bakımı ve eğitimi konusunda onun menfaatinin göz önünde tutularak gerekli kararları alır ve uygularlar. TMK 340. madde 1. fıkrasına göre, ana ve baba, çocuğu olanaklarına göre eğitirler ve onun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâkî ve toplumsal gelişimini sağlar ve korurlar (26).

2.3.2. Çocuk Koruma Kanunu

Çocuk Koruma Kanununun (ÇKK) ilk iki maddesinde bu kanunun amaç ve kapsamının, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek olduğu ve çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri kapsadığı belirtilmektedir (27).

2.3.3. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununun (SHÇEKK) amacı; korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir (28).

2.3.4. 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

6284 Sayılı Kanunun amacı; şiddete uğrayan veya 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 tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemektir (29).

2.3.5. Türk Ceza Kanunu

Reşit olmayanla cinsel ilişki suçuna dair TCK'nın 104. maddesinin 1. fıkrasınca, cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Aynı maddenin 2. fıkrasına göre, suçun mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu maddenin 3. fıkrasına göre ise, suçun, evlat edineceği çocuğun evlat edinme öncesi bakımını üstlenen veya koruyucu aile ilişkisi çerçevesinde koruma, bakım ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın ikinci fıkraya göre cezaya hükmolunur.

TCK'nın 477. maddesi uyarınca, idaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veyahut bir meslek ve sanatı öğretmek için kendisinin sorumluluğunda olan şahsın üzerinde terbiye hakkını suistimal ile o şahsın sağlığının tehlikeye atılmasına sebep olan kişi on sekiz aya kadar hapsolunur.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçu ile ilgili madde TCK-280'de düzenlenmiştir. Bu maddeye 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. Sağlık mesleği mensubu deyiminden hekim, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (30).

2.4. ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNİN TANIMI

Çocuğa kötü muamele, 18 yaşından küçük çocukların maruz kaldığı istismar ve ihmaldir. Fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmali kapsayan bu davranışlar çocuğun hayatını, sağlığının ve kişiliğinin gelişimini tehlikeye atar. Bu, çocuğun ebeveynleri, bakım vereni gibi tanıdık bir yetişkin tarafından uygulanabileceği gibi bir yabancı tarafından da uygulanabilir (31).

2.4.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğa anne, baba ya da bakım veren kişi tarafından sağlığını tehdit edecek şekilde kaza dışı fiziki olarak zarar verilmesi, yaralanması veya bunun gibi tehlikeli durumlara neden olunmasıdır (32). Gözle görülür bulgular verdiğinden fiziksel istismar, tanınması en kolay olan istismar türüdür (33).

Fiziksel istismar kavramının tarihini inceleyecek olursak ilk kez 1860 yılında Tardieu, Paris Tıp Akademisinde çocukların karşılaştığı fiziksel ve cinsel istismardan bahsetmiştir. Radyoloji uzmanı Dr. Caffey 1946 senesinde düşme öyküsüyle gelen çocukların görüntülemelerinde düşme ya da tek çarpma ile açıklanamayacak kırıklar olduğunu fark etmiştir. Kempe, Silverman, Steele'nin yayımladığı “Hırpalanmış Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome)” adlı makale ile konu dikkat çekici hale gelmiştir (33).

Her türlü istismar gibi fiziksel istismarın da çocuklar için fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları olabileceği gibi, ölüm ve sakatlık gibi ciddi sonuçları da olabilir (32). Fiziksel istismar çocuklar üzerinde, altına kaçırma, parmağını emme, gelişim bozukluğu, uyku problemleri, yeme bozuklukları, öğrenmede güçlük, konuşmaya geç başlama, okulda başarısızlık, yakın ilişki kurmada zorlanma gibi kısa vadeli sonuçlar doğurabilir (34–36). Uzun vadedeki sonuçları ise saldırganlık ve suça meyilli davranışlar, duygusal bozukluklar, yaşitlarından daha önce alkol tüketmeye başlama, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, intihar fikirleri ve girişimleri, varsanılar, sanrı gibi düşünce bozuklukları, deliryum ve travma sonrası stres bozukluğudur (37–40).

Diğer tüm tıbbi çalışmalarda olduğu gibi, doğru bir muayene ve iyi bir tıbbi öykü önemlidir. Bunların hepsi açık ve anlaşılır şekilde not edilip kaydedilmelidir. Aylar sonra mahkemeye delillerin hazırlanmasında ihtiyaç duyulabilir (41). Çocuğun

tüm kıyafetleri çıkarılmalı ve anogenital bölge de dahil olmak üzere tüm vücut iyice muayene edilmelidir. Büyüme parametreleri de yüzdelik dilimler halinde ölçülmeli ve not edilmelidir. Yaralanmalar, lokalizasyonları, büyüklükleri, şekilleri ile ilgili belirtilerle tam olarak tanımlanmalıdır. Tüm yaralar ölçülmeli ve fotoğraf olarak belgelenmelidir (42).

İstismar sonucu yaralanan bir çocuk genellikle hemen doktora götürülmez, ancak bir süre sonra doktora götürülür. Devam eden sorgulama, olayın birçok farklı versiyonunu ortaya çıkarır. Kardeşlerin yaralanmaya neden olduğu söylenebilir. Çocuğun kendini yaraladığı söylenebilir. Doktora anlatıldığı şekliyle olayın öyküsü, görülen yaralanma türü, semptom ve bulgular çocuğun gelişim durumu ile tutarsızdır. Bu sebeple hekimler çocukların gelişimsel aşamalarını iyi bilmelidir. Örneğin 3 aylık bebeğin yataktan düşmesi, henüz kendi etrafında dönecek fiziksel olgunlukta olmadığı için şüphe uyandırıcıdır. Ayrıca psikodinamik değerlendirmede, ebeveynler empati ve ilgi göstermek yerine savunmacı davrandıklarında, çocuk istismarı kanıtı sağlayabilir (42).

Ekimoz, fiziksel istismarda en fazla görülen muayene bulgusudur. Özellikle 2-3 yaşındaki çocuklarda görülür. Çocuk büyüyüp hareketlendikçe kazayla ekimoz oluşması riski artar. Yürüme çağına gelmemiş çocuklarda kaza sonucu ekimoz oranı %1'in altında iken, emeklemeye başlamış çocuklarda %17, yürüyen çocuklarda %50'dir. Kaza nedenli ekimozlar sıklıkla burun, dudak çevresi, alın ve diz altının ön kısmında meydana gelir. İstismar kaynaklılar ise göz kenarı, yanaklar, çene, kulaklar, sırt, kalça ve üst bacakta görülebilir. Ekimozun büyüklüğü ve şekli nasıl oluştuğu hakkında fikir verebilir. Ekimozun rengi ise istismarın üzerinden kaç gün geçtiğinin belirlenmesinde önemlidir. İlk günlerde kırmızı, daha mavi-mor, yeşil-sarı, kahverengi olarak değişecektir (43).

Isırık izi ile karşılaşıldığında muhakkak istismar akla gelmelidir. İnsan ve hayvan ısırıklarını ayırt etmek açısından köpek ısırıkları daha dar ve derindir. Çocuk ve yetişkin ısırıklarını ayırt etmek için ise ısırma yerindeki köpek dişlerin arası 3-4,5 cm ise yetişkin, 2,5-3 cm ise çocuk/ergen, 2,5 cm'den az ise çocuk ısırığı ön planda düşünülmelidir (44).

Bir diğerk cilt bulgusu olan yanık, ateş ya da sıcak bir maddeye temas ile ya da haşlanma şeklinde olabilir. Eldiven-çorap tarzı yanıklar, düzgün hatlara sahip yanıklar, kalça bölgesindeki yanıklar fiziksel kötü muameleyi düşündürmelidir (45).

İstismardan şüphelenilmesi gereken kırık türleri ise, metafiz köşe kırığı, kot kırığı, kürek kemiğı kırığı, sternum kırığı, farklı yaşlarda olan kırıklar, iki taraflı uzun kemik kırığı, ağır darbe öyküsü olmayan vertebra gövde kırığı, 3 yaş altı parmak kırıklarıdır. Yürümeye başlamayan çocuklarda ise uzun kemik kırığı da istismar düşündürmelidir. Kafa kırıklarında istismar oranı %30'dur ve istismarda en sık ölüm sebebidir. Çoğunlukla çoklu kafa kemiğı kırıkları ile çökme kırıkları şeklinde görülür (43,44).

Künt yaralanmalar çoğunlukla olmak üzere karın içi yaralanmalar, göz yaralanmaları, ağız içi yaralanmalar, zehirlenmeler de diğerk fiziksel istismar bulguları olabilir.

2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Sarsılmış Bebek Sendromu, 5 yaşından küçük çocuklarda sarsma, künt travma ya da ikisinin birlikte olmasından kaynaklanır. Bağ dokusu yeterince gelişmediğı için beyin damarlarında kopma sonucu subdural hematom gelişir. Subdural hematom, bilateral retinal kanama, beyin hasarı tipik bileşenleridir. 2 yaş altındaki çocuklarda istismara bağlı ölümlerin en sık sebebidir. Bu tanıyı alan bebeklerin %25'i ölmektedir (46).

2.4.1.2. Münchausen by Proxy Sendromu–Yapay Bozukluk (Polle Syndrome)

Daha önceleri Münchausen Sendromu (MSbP) olarak anılan Yapay Bozukluk (Factitious Disorder) tanısında, ebeveynlerden biri, vakaların %95'inde anne, doktorları, çocuğın hasta olduğuna ikna etmek amacıyla çocuğunda klinik semptomlar uydurur. Bunu yapan ebeveyn hastanede çocuğının muayene, tetkik ve tedavi edilmesi ile ödüllendirildiğini düşünür ve bu ödül için çocuğın zarar görmesi pahasına bu işlemleri yaptırır (47).

2.4.2. Duygusal İstismar

1983 senesinde Uluslararası Duygusal İstismar Konferansı'nda genel bir tanım yapılmıştır. "Duygusal istismar çocuk ve gençlerin psikolojik olarak kötüye kullanılması, yapılan veya yapılması gerekli olan ancak ihmal edilen, toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik açıdan zarar verdikleri ispatlanan davranışlardır. Bu davranışlar yaş, bilgi ve statü gibi özellikler ile çocuk veya gencin üzerinde hakimiyet sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından sergilenir. Bu tür davranışlar çocuğun bilişsel, duygusal veya fiziksel gelişimine hemen veya gelecekte zarar veren davranışlardır." (48).

Çocuğa ses yükseltmek, küfretmek, takma adla seslenmek, kıymet vermemek, çocuğu kabul etmemek, aşağılamak, tek bırakmak, yanlış yönlendirmek, korkutmak, pes ettirmek, tehdit etmek, küçümsemek, bağımlı yapmak ve fazla korumak, çocuğun duygusal gereksinimlerini karşılamamak, toplumsal olarak kabul edilmeyen ilgiler geliştirmesini cesaretlendirmek (agresif ve uyumsuz davranışları öğretme ve destekleme, ilaç, alkol kullanması için imkanları hazırlama, hırsızlık, fuhuş gibi antisosyal davranışlar), çocuk ile alay etmek, çocuk üzerinde aşırı baskı ve otorite kurmak, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar beklemek, kardeşler arasında ayrım yapmak, en sık görülen duygusal istismar türleridir (24,49,50).

Duygusal istismar çocuğun; zihinsel ve fiziksel gelişimini, akademik başarısını, hafızasını, kavrama kabiliyetini ve beyin büyüklüğünü etkilediği gösterilmiştir (51). Yine bu çocuklarda uyku bozuklukları, parmak emme, içe kapanma, davranış bozuklukları, depresyon, intihara meyil, anksiyete, kişilik bozuklukları ve saldırganlık görülme olasılığı fazladır (52,53).

2.4.3. Cinsel İstismar

Mağdurun onayı olmaksızın, baskı yaparak, herhangi bir cinsel davranış veya girişimde bulunarak veya cinsel içerikli konuşmalar ile kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak zarara uğratılması, cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır (54). Yapılan çalışmalar, cinsel istismarın her sosyoekonomik ve kültürel çevrede yaşanabildiğini göstermektedir (55). İstismarcıların çoğu genellikle yabancılar değil, çocuğun tanıdığı ve güvendiği yetişkin ve çoğunlukla erkek yakınlarıdır. Cinsel istismarda istismarcı

aile içinden biriye “ensest”, yabancı kişiler tarafından gerçekleştiriliyor ise, “pedofili” olarak tanımlanmaktadır (56).

Cinsel istismar, temas içermeyen cinsel içerikli konuşma ve teşhircilik, cinsel dokunma, penetrasyon olmadan sürtünmenin olduğu interfemoral ilişki, penetrasyonun olduğu oral, anal, genital ilişki ya da çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunun olduğu cinsel sömürü şeklinde olabilir (24).

Çocukta cinsel istismar tanısını koymak hem zor hem de sonuçları önemli sorumluluk yüklemektedir. Çocukta genellikle ağız, boyun, kol, genital bölge ve bacaklarda morluklar, sıyrıklar ya da ısırık izleri, anüs bölgesinde kanama ve yırtık, vajina açıklığında artış ya da kanama görülebilir. Bunların dışında çocukta genital bölgede ağrı, kaşıntı veya şişme, akıntı, oturmada zorluk, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar da görülebilir (57).

Cinsel istismar kurbanı çocuklarda istismarın belirtileri farklı olabilir, çocukların çoğu davranışsal değişiklikler sergiler. İstismara uğrayan çocuğun yaşına göre davranışsal değişiklikler de farklı olmaktadır. Erken dönemde görülen tepkiler kaygı, çökkünlük, kaçınma, korku, öfke, kızgınlık ve uygun olmayan cinsel içerikli söz ve davranışlar şeklinde olmaktadır. 10 yaşından küçük çocuklarda o yaştaki bir çocuğun bilemeyeceği seviyede cinsel bilgilere sahip olmak, oyun, yaptığı resimlerde, konuşma ya da davranışlarında uygunsuz cinsel içerik bulunması, açık alanda ve sık mastürbasyon, fobik davranışlar (istismarcıdan ya da aynı cinsiyetteki bireylerden korkma), ani davranış değişiklikleri, uyku sorunları, enürezis (alt ıslatma) ya da enkoprezis (dışkı kaçırmaya) gibi regresyon bulguları görülebilir. Daha büyük çocuklarda ise depresyon, madde kötüye kullanımı, yeme bozukluğu, evden kaçma, intihar girişimi, suça meyil, sosyal izolasyon ve okul arkadaş ilişkilerinde sorunlar görülebilir (58).

2.4.4. İhmal

Çocuk ihmali, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla sorumlu yetişkin bireylerin, çocuğun beslenme, barınma, giyinme, sevgi, ilgi gibi temel ihtiyaçlarını ihmal etmeleri neticesinde, çocuğun bedensel, duygusal ya da sosyal gelişiminin engellenmesidir. İhmal ve istismar kavramlarını birbirinden ayıran en temel nokta; istismarın aktif, ihmalin ise pasif olarak ortaya çıkmasıdır (59). Bir diğer dikkat

edilecek husus ise ebeveynlerin bu gereksinimi karşılamak için yeterli imkanının olup olmamasıdır.

Fiziksel ihmal, çocuğun yiyecek, barınma, sağlık ve giyim gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamama veya yetersiz karşılama olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel olarak ihmal edilen çocuklar genellikle yaşlarına uygun beslenmemekte, düzgün ve temiz giydirilmemekte, uygun olmayan fiziki ortamlarda yaşamakta, ev içinde ve dışında kazalara karşı korunmamaktadırlar.

Sağlık ihmali, fiziksel ihmalin bir alt kümesi olarak gruplandırılabilir. Bunlar arasında çocuğu hastayken doktora götürmemek, aşı yaptırmamak, tedavi önerilerine uymamak gibi sorunlar sayılabilir. Özel bir fiziksel ihmal türü, fetal ihmaldir. Annenin hamilelik sırasında uyuşturucu, alkol, tütün ve diğer zararlı madde kullanımı, yetersiz beslenme ve doğum öncesi tıbbi bakım eksikliği bebeğin anne karnındaki gelişimini ve gelecekteki sağlığını etkileyen ihmal türüdür.

Duygusal ihmal çocuk ve ergenler için sevgi ve ilgi eksikliği, çocuklara destek olmama ve kontrol etmeme olarak tanımlanır.

Cinsel ihmal iki yaşından büyük cinsel kimliğine göre hareket etmeye başlayan çocuğun, yaşına ve cinsiyetine uyumlu giydirilmemesi, oyuncak alınmaması ve muamele edilmemesidir. Cinsel ihmal çocuğun ileriki yaşantısında davranış bozuklukları yaşamasına sebep olabilmektedir.

Eğitim ihmali ise, çocuğun hakkı olan zorunlu eğitim döneminde işe gönderme ya da kardeşlerine baktırma gibi sebeplerle okula göndermemek, öğrenmede güçlük yaşayan veya zihinsel kapasitede kısıtlılık gibi bazı sebeplerle özel eğitim ihtiyacı olan çocukların bu ihtiyaçlarına ilgisiz ve kayıtsız kalmak, ayda beş günden fazla devamsızlık yapmasına müsaade etmek, okula giden çocukların ise eğitimleri, okul hayatındaki problemleriyle ilgilenmeme olarak tanımlanabilir (60).

İhmal edilen çocuklarda uyarana maruz kalma az olduğu için gelişim yaşitlarına göre geri kalır. Bu çocuklar psikososyal boy kısalığı, büyüme gelişme geriliği, dikkat eksikliği, saçlı deride kel alanlar, açlık, hipotermi, donma nekrozları, rol değişimleri ve yiyecek çalma davranışları, dikkat çekmek için antisosyal davranışlar gösterebilir, saldırgan olabilirler (61).

2.5. ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNİN NEDENLERİ

DSÖ çocuk istismarı ve ihmaliinde rol alan etmenleri, aileden kaynaklanan nedenler, çocuktan kaynaklanan nedenler, çevresel faktörlerden kaynaklanan nedenler olarak üç grupta sınıflamıştır (62).

2.5.1. Aileden Kaynaklanan Risk Faktörleri

Anne-babanın sevgisiz, ilgisiz, şiddet ve cezaların olduğu bir ailede büyümüş olması, aynı zamanda kişilik bozukluklarının getirdiği etkiler istismara yol açabilir. Çocukluklarında ebeveynleri/bakımlarıyla yükümlü bireyler tarafından istismar ya da ihmale uğrayan veya eşler arası şiddete tanık olan çocukların, ebeveyn olduklarında kendi çocuklarına karşı sıklıkla şiddete başvurdıkları görülmüştür (60).

Aileden kaynaklanan sebepler aşağıda sıralanmıştır (63):

- Ebeveynlerin erken yaşta evlenmesi
- Erken yaşta anne-baba olmak
- Aile içinde şiddet olması
- Evlilik dışı oluşan gebelikler
- Ebeveynlerin çocukken kötü muamele görmüş olması
- Ailede alkol veya maddenin kötüye kullanımı
- Çocuğun gelişimi ile ilgili beklentiler
- Boşanma veya vefat nedeniyle çocuğa tek ebeveynin bakması
- Anne-babada ruhsal problemlerin olması
- Çocuk büyütmeyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmama, tutarsız ve fazla kontrolcü tutum sergileme
- Anne-babanın düşük eğitim düzeyine sahip olması
- Ebeveynlerin sağlıklı bir sosyal çevresinin olmaması
- Ebeveynlerin özgüvenli olmamaları, diğer insanlara güven duymamaları
- Annenin zihinsel açıdan donuk olması, babanın saldırgan tavırlarının varlığı ve suç kaydının bulunmasıdır.

Steir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada üç yıllık periyotta 18 yaş ve daha küçük yaşta doğum yapan 219 annenin çocukları ile 19 yaş ve üzerinde doğum yapan 219 annenin çocuklarını ihmal ve istismara maruz kalma açısından kıyaslamışlardır.

Araştırma sonucunda küçük yaşta anne olan ebeveynlerin çocuklarında ihmal ve istismar oranı diğer gruba göre iki kat yüksek bulunmuştur (64).

2.5.2. Çocukla İlgili Risk Faktörleri

Çocuğa bağlı risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır (65):

- İstenmeyen çocuklar ya da istenen cinsiyette olmayan çocuklar
- Doğumsal anomalisi olan çocuklar
- Zihinsel ve gelişimsel gerilik, erken doğum, kronik hastalık gibi nedenlerle sürekli ve özel bakım gerektiren çocuklar
- Engelli çocuklar, konuşma problemi olan çocuklar
- Hiperaktivitesi, tehlikeli davranış sorunları olan çocuklar
- Üvey çocuklar
- Sık ve uzun süre ağlayan çocuklar
- Okulda başarısız çocuklar
- Çoğul gebelik sonrası doğum
- İkiz, üçüz çocuklardan biri olmak
- Yemek yemeyen iştahsız çocuk ya da aşırı iştahlı çocuk olmak
- Gece altını ıslatan çocuk
- Doğum sırasının da ihmal ve istismar olgularının ortaya çıkmasında etkili olduğu bulunmuştur. İlk doğan çocuğa dair anne-babaların daha yüksek beklentileri olmakta ve bu sebeple çocuklara birçok konuda başarılı olmaları için baskı uygulanmaktadır.
- Bebek ve okul öncesi çocuklarda kötü muamele daha sık görülmektedir. Yapılan bir çalışmada istismar ile çocuk yaşları arasındaki ilişki araştırılmış ve çocukların büyüdükçe istismara maruz kalma oranlarının azaldığı saptanmıştır (66).

2.5.3. Çevresel ve Toplumsal Sebepler

Çocuk istismar ve ihmeline neden olan çevresel ve toplumsal risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır (67):

- Uygun yiyecek, barınma ve bakım imkanlarının olmaması
- İşsizlik oranlarının yüksek, geçim zorluğunun yaygın olması
- Uyuşturucu alışverişinin yaygın olması
- Çocuğun korumasını yapacak kurum ve kuruluşların yetersizliği
- Çocuk işçiliği konusunda denetlemenin olmaması veya yetersizliği
- Çocuğu koruma altına alan kanunların yetersizliği

- Çocuğa değer verilmemesi
- Cinsel ayrımcılık ve eşitsizlik
- Medya yoluyla şiddetin özendirilmesi
- Şiddetin hoşgörüyü karşılanması ve kültürel normlar

Yoksulluk, toplumdan kaynaklanan en önemli risk faktörüdür. Artan işsizlik ve yoksulluk çocukların hem daha zor şartlarda büyümesine hem de daha sık istismar edilmelerine neden olur. Çocuğun her türlü kötü muameleden koruyacak kanunların yeterli olmaması veya uygulanmaması, çocuğa kötü muamelenin toplum tarafından normal görülmesi ve erken yaşta evlilik toplum kaynaklı çocuklara kötü muamelenin önemli nedenlerindendir.

2.6. ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNİ ÖNLEME

Çİİ önleme birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç basamaktan oluşur. Birincil koruma şiddetin ortaya çıkışını önlemek amacıyla yapılan çalışmaları, ikincil koruma erken tanı koymak ve tedavi etmeyi, üçüncül koruma ise kötü muamele görmüş çocuğun rehabilitasyonunu kapsar (68).

2.6.1. Birincil Koruma

Birincil koruma öğretmen, hemşire, doktor gibi çocuklarla temas içinde olan meslek gruplarını, anne-baba ve çocukları bilinçlendirmeye yönelik çalışmalardır. Bu konuda toplumun bilgilenmesini sağlamak amacıyla eğitim verilir. Risk grubu olan aile ve çocuklar tespit edilip danışmanlık hizmetleri verilebilir.

Anne babaları destekleyici yaklaşımlar geliştirmelidir. Ebe, hemşire ve hekim ev ziyaretlerinde öncelikle aileyi riskler yönü ile değerlendirip, sorunların saptanması ve çözülmesinde destek olabilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde istenmeyen hamilelik, evlilik dışı doğumlar, genç ebeveyn, anne babanın ruh sağlığı ve ailede engellilik gibi özellikler ile aile değerlendirilerek riskler belirlenebilir ve yüksek riskli görülen ailelere destek amaçlı ziyaretler yapılabilir. Bu ziyaretlerde ailelerin ihtiyaçları belirlenerek buna yönelik çözümler geliştirilebilir (68).

2.6.2. İkincil Koruma

İkincil koruma mümkün olduğunca erken tanı ve tedaviyi amaçlar. İlk başvuruda tanı alamayan istismar olgularında, mağdurların %30-50'si tekrarlayan ağır travmalar

yaşamakta ve %5-10'u ise tekrar eden istismarlar sebebiyle ölmektedir (69). Bu yüzden çocuklara kötü muamele hakkında bilgi sahibi olmak, çocuk ve aileyi gözlemlerken dikkatli olmak önemlidir. Gerektiğinde Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan hekim ve hemşireler okullardaki öğretmenlerle iş birliği yapmalıdır.

2.6.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül önleme istismar ve ihmalin gerçekleşikten sonra oluşacak hasarların azaltılması, tekrarının engellenmesi, tedavi ve rehabilite edilmesi gibi çalışmaları kapsar. Ruhsal ve fiziksel, hukuksal boyutlarda zor bir süreç olsa da çocuğun travmadan sonraki sağlığı için çok önemlidir. Bu koruma içinde çocuğun rehabilitasyonu, ailenin ve çocuğun mahremiyetinin korunması, istismarcı ile çocuğun ilişkisinin kesilmesi ön planda tutulmalıdır. Bu önleme girişimi kapsamında çocuğa ruhsal olarak destek olunmalı ve çocuğun benlik saygısını arttıracak çalışmalar yapılmalıdır (70).

2.7. ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNİN BİLDİRİMİ

Çocuğa kötü muameleden şüphelenilen durumlarda, doğrudan cumhuriyet savcılığına, kolluk kuvvetlerine, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının İl Müdürlüklerine (ASPİM) ya da çağrı merkezlerine (ALO 183) bildirim yapılabilir. Çocuktan öykü alınırken, tekrar travma yaşamasını engellemek için vekili gözetmenliğinde ses ve görüntü kaydı alınmalıdır. Cinsel istismara maruz kalan çocukların adli görüşmelerinin çocuk dostu bir ortamda olduğu ve travmayı mümkün olan en az seviyede tutacak, uygulamaların seri olarak işlediği özel birimler mevcuttur. Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) adı verilen bu birimler, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm bakanlıkların iş birliği içinde çalıştığı birimlerdir. Ayrıca kurumda çocuk istismarına tanık olan veya bu konuyla ilgili duyum alan çalışanların, kurumdaki çocuktan sorumlu kişiye ya da kurumun idari birimine bildirmesi gerekir. İstismarcının idari personel olduğu durumlarda konu bir üst idari amire bildirilmelidir. Cinsel istismarda, olaydan itibaren ilk 72 saat iddiaların ve delillerin ispatı açısından önemli olduğundan, kanıt olabilecek giysi, eşya kayıt ve muhafaza edilerek suç duyurusu ile beraber Cumhuriyet Başsavcılığına iletilmelidir. Vakanın olduğu şehirde ÇİM bulunuyorsa, cinsel istismara uğrayan çocukların korunmaları, sekonder mağduriyetlerin engellenmesi, adli ve tıbbi işlemlerin tek görüşmede yapılması ve önlemlerin alınması

amacıyla ÇİM'e getirilmelidir. Mağdur çocuğun, fail ile karşılaşmasına engel olunmalıdır. Görüşmede gerekirse çocuğun isteği dahilinde gizliliği ihlal etmeden, fail veya azmettirici hariç olmak üzere ailesinden bir kişi bulunabilir (71).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

İstanbul ilinde görevli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olan hekimlerin çocuklara kötü muamele hakkındaki bilgi, farkındalık ve tutumlarını ile kendi çocukluk travmaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra 30/11/2021-30/01/2022 tarihleri arasındaki 2 aylık periyotta İstanbul il sınırları içinde bulunan hastanelerde görev yapan 264 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi hekim ile yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde görevli Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olan hekimler oluşturmaktadır. İstanbul ilinde 1800 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi hekim bulunmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Çalışmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Bizim çalışmamızda İstanbul ilindeki Aile hekimleri Uzmanlık öğrencileri olan toplam 1800 hekimden $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak olgu sayısının en az 217 olarak saptandığı ancak kayıplar göz önüne alındığında bu sayının 260 olarak almanın daha uygun olacağı görülmüştür. 264 katılımcıyla hedeflenen katılımcı sayısına ulaşılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Araştırmaya SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.11.2021 tarihli ve 2021-22-23 numaralı karar (EK-1) ile Tez Konusu Onay Formu alındıktan sonra başlanmıştır.

Araştırma örneklemini oluşturacak hekimlere, çalışmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için “bilgilendirilmiş onam” alındı. Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da

bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda güvence verilerek “sadakat-gizlilik” ilkesine bağlı kalındı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplanırken literatür taranarak oluşturulan anketin (EK-2) ilk kısmı 18 sorudan oluşmaktadır. İlk 5 soru sosyodemografik özelliklere yönelik iken, kalan 13 soru çocuklara kötü muamele ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlara yöneliktir. Anketin ikinci kısmında “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ)” kullanılmıştır. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) 1994 yılında Bernstein ve arkadaşlarının geliştirdiği 28 maddeden oluşan ölçekten çocukluk çağı fiziksel, duygusal, cinsel, istismar ile duygusal ve fiziksel ihmalden bahseden beş alt puan ile bunların toplamından elde edilen toplam puan elde edilebilmektedir. Orijinal çalışmada cronbach alfa değerleri 0.79 ile 0.94 aralığında bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel duygusal ihmali içeren 5 alt ölçekte 25 madde, ayrıca inkar ölçeği 3 sorusu vardır. Toplam ve alt ölçek puanları hesaplanır. Cinsel ve fiziksel istismar için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12 puan kesme noktası olarak önerilmiştir ve çalışmada bu kesme puanları kullanılmıştır. Alınan yüksek puanlar, çocukluk çağı örselenme olaylarının ve şiddetin çokluğuna işaret etmektedir. Cevap tercihleri hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla ve çok sık şeklinde verilmektedir. Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.93 olarak bulunmuştur. ÇÇRTÖ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ÇÇRTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel

ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle minimizasyon 10, 16, ve 22 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

3.6. ÇALIŞMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ

- 1) İstanbul ilinde Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak
- 2) Anket çalışmasına katılmayı kabul etmek
- 3) Anket çalışmasına çevrimiçi erişim sağlayabilmek

3.7. ÇALIŞMAYA DAHİL ETMEME KRİTERLERİ

- 1) İstanbul ilinde Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmamak
- 2) Anket çalışmasına katılmayı kabul etmemek
- 3) Anket çalışmasına çevrimiçi erişim sağlayamamak

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

İstanbul ilinde görev yapmakta olan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerine çevrimiçi ortamda çocuklara kötü muamele hakkında bilgi tutum ve davranışları ve kendi tecrübeleri ile ilişkisine yönelik anket soruları yönlendirilmiştir. Araştırmacı çalışmanın amacını belirtmiş, kimlik bilgilerini açığa çıkaracak sorular olmadığı ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistik program ile değerlendirilmiştir. Bulgu ve sonuçları değerlendirilip literatür eşliğinde tartışılmıştır.

3.9. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınılandı. Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Sperman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında da Pearson Ki-Kare testi, Fisher-

Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

(Y.KARAGÖZ; "SPSS 21.1 uygulama, Biyoistatistik; 1.basım; 2014; sf:698)

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

0.0 - 0,25 Çok zayıf

0,26 - 0,49 zayıf

0,50 - 0,69 orta

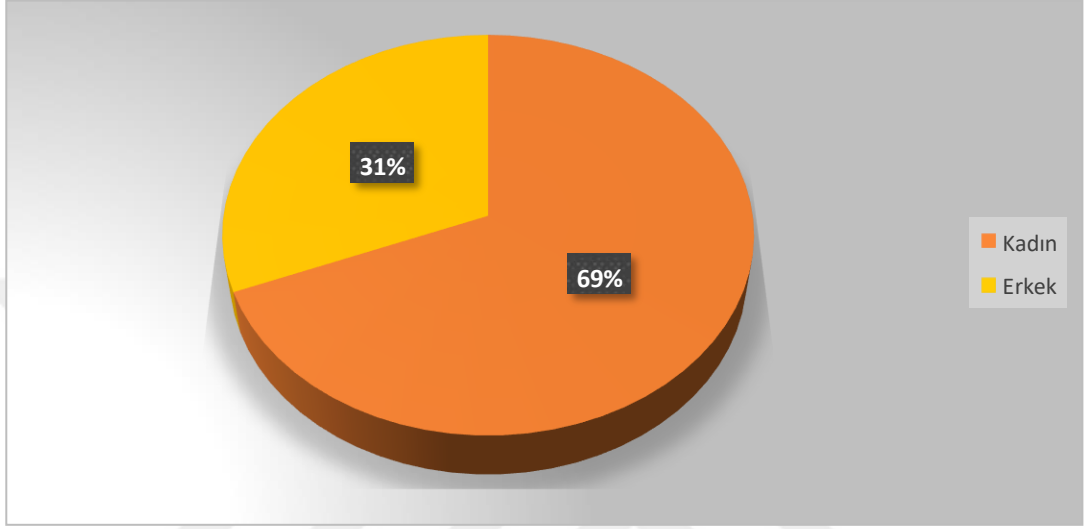
0,70 - 0,89 iyi

0,90 - 1,00 çok iyi

(Akgül A. Çevik O. (2003) "İstatistiksel Analiz Teknikleri", Emek Ofset, Ankara)

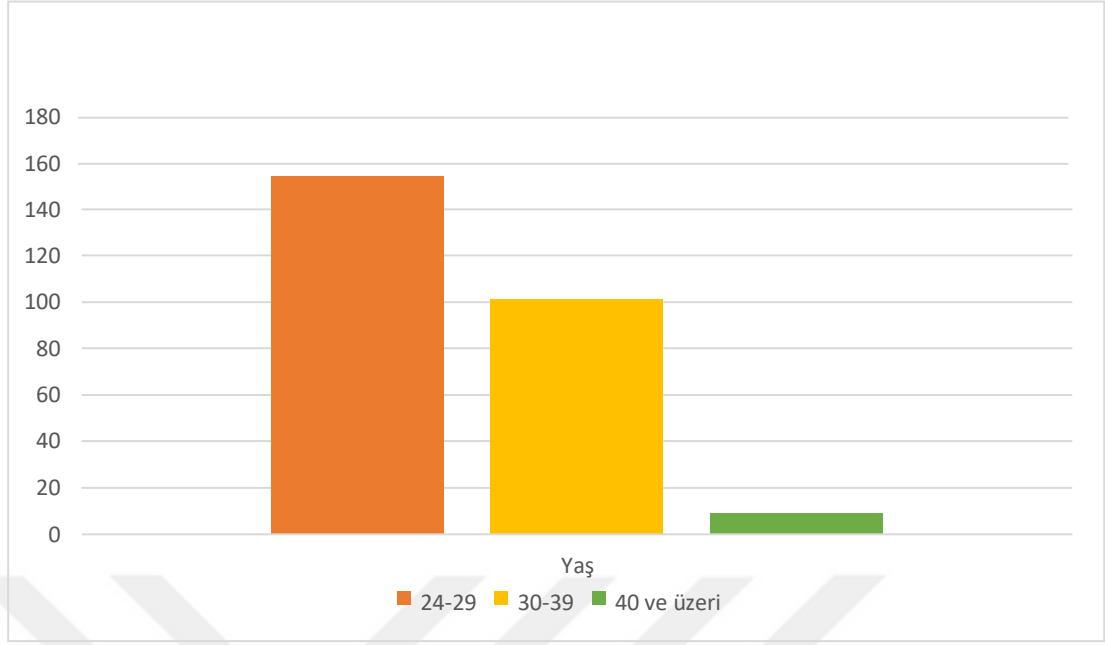
4. BULGULAR

Çalışma 30.11.2021 ile 30.01.2022 tarihleri arasında, toplam 264 Aile Hekimliği asistanı ile gerçekleştirilmiştir. Hekimlerin %68,9'u (n=182) kadın, %31,1'i (n=82) erkektir.



Şekil 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları

Yaş grupları incelendiğinde, %58,3'ünün (n=154) 23-29 yaş grubunda, %38,3'ünün (n=101) 30-39 yaş grubunda, %3,4'ünün (n=9) 40 yaş ve üzeri olan grupta yer aldığı gözlenmiştir.



Şekil 2 :Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Aile hekimliği asistan hekimlerinin %48,1'i (n=127) evli, %51,9'u (n=137) bekârdır; %24,6'sının (n=65) çocuğu vardır. Meslekte çalışma süreleri; %55,7 (n=147) 0-4 yıl, %36,0 (n=95) 5-9 yıl, %8,3 (n=22) 10 yıl ve üzerindedir.

Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları

		N	%
Medeni durum	Evli	127	48,1
	Bekâr	137	51,9
Çocuk durumu	Var	65	24,6
	Yok	199	75,4
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	147	55,7
	5-9 yıl	95	36,0
	≥10 yıl	22	8,3

Aile hekimliği asistan doktorlarının %35,2'si (n=93) alışma süresince ocuk istismar olgusu ile karşılaşmıştır. ocuk istismar olgusu ile karşılaşan hekimlere zorlandığı konular sorulduğunda; %55,9 (n=52) yk-anamnez, %39,8 (n=37) kayıt tutma, %37,6 (n=35) fizik muayene, %72,0 (n=67) gerekli kurumlarla iletişim kurma/yasal süreç ve %1,1 (n=1) diğer konular yanıtı alınmıştır.

Tablo 2: ocuk İstismarı Konusundaki Deneyime İlişkin Dağılımlar

	n	%
Çalışma süresince hiç ocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?		
Evet	93	35,2
Hayır	171	64,8
•Hangi konularda zorlandınız? (n=93)		
yk-Anamnez	52	55,9
Kayıt tutma	37	39,8
Fizik muayene	35	37,6
Gerekli kurumlarla iletişim kurma/yasal süreç	67	72,0
Diğer	1	1,1

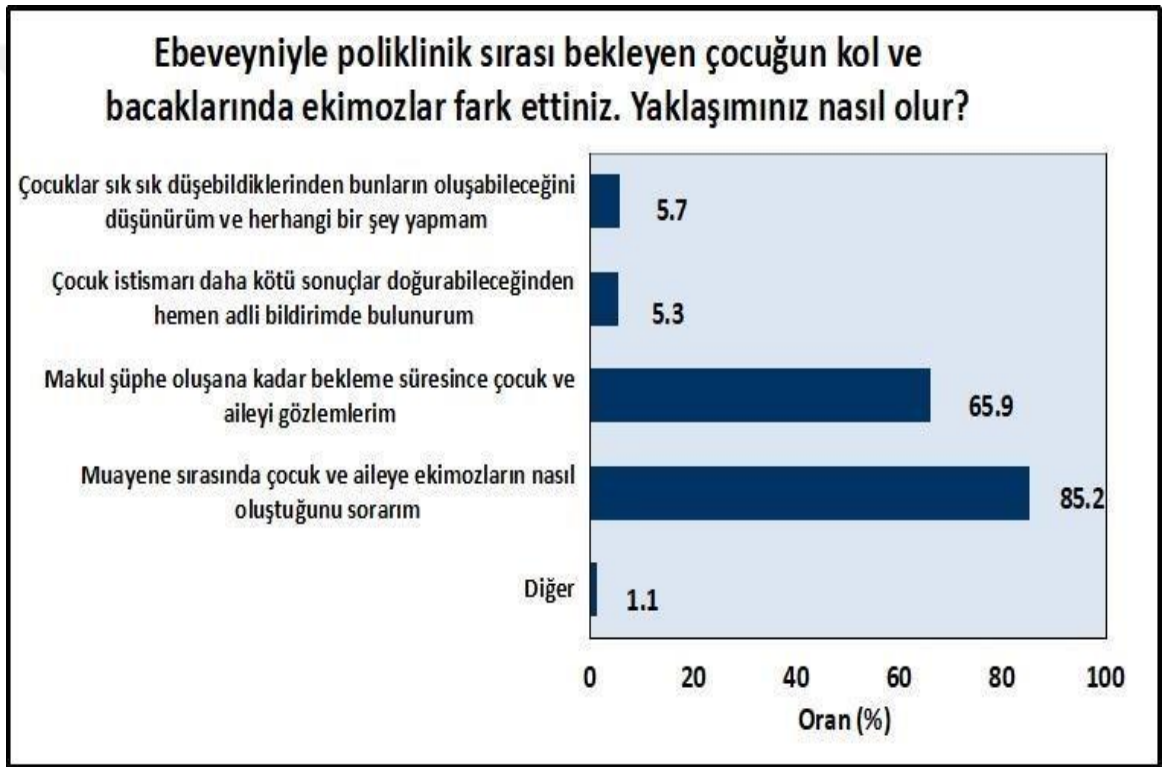
•Birden çok seçim yapılmıştır.

Tablo 3 : Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Klinik Uygulamasına İlişkin Dağılımlar

	n	%
•Ebeveyniyle poliklinik sırası bekleyen çocuğun kol ve bacaklarında ekimozlar fark ettiniz. Yaklaşımınız nasıl olur?		
Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve herhangi bir şey yapmam	15	5,7
Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum	14	5,3
Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim	174	65,9
Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım	225	85,2
Diğer	3	1,1
•Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?		
Evet	250	94,7
Hayır	14	5,3
•Nasıl bir bildirim yaparsınız? (n=250)		
Adli rapor tutarım	201	80,4
Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirim yaparım	12	4,8
Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna (SHÇEK) rapor yazarım	47	18,8
Polise haber veririm	141	56,4
Diğer	3	1,2
•Neden bildirim yapmazsınız? (n=14)		
Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için	11	78,6
Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için	8	57,1
Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için	2	14,3
Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için	8	57,1
Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğümden aile birliğini bozmamak için	3	21,4
Diğer	2	14,3

•Birden çok seçim yapılmıştır

Aile hekimliği asistan doktorlarına “Ebeveyniyle poliklinik sırası bekleyen çocuğun kol ve bacaklarında ekimozlar fark ettiniz, yaklaşımınız nasıl olur?” sorusu yöneltildiğinde; %5,7 (n=15) “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve herhangi bir şey yapmam”, %5,3 (n=14) “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum”, %65,9 (n=174) “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim”, %85,2 (n=225) “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” ve %1,1 (n=3) diğer yanıtı alınmıştır.



Şekil 3: Ebeveyniyle poliklinik sırası bekleyen çocuğun kol ve bacaklarında ekimozlar fark ettiniz, yaklaşımınız nasıl olur? sorusuna verilen cevapların dağılımı

Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirten hekim oranı %94,7 (n=250) iken; %5,3'ü (n=14) bildirim yapmayacağını belirtmiştir.



Şekil 4: Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız? sorusuna verilen cevapların dağılımı

Bildirim yapacak olan hekimlerden %80,4'ü (n=201) adli rapor tutacağını, %4,8'i (n=12) Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirim yapacağını, %18,8'i (n=47) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna rapor yazacağını, %56,4'ü (n=141) polise haber vereceğini ve %1,2'si (n=3) diğer bildirimleri yapacağını ifade etmiştir.

Bildirim yapmayan hekimlere sebebi sorulduğunda; %78,6 (n=11) “Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için”, %57,1 (n=8) “Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için”, %14,3 (n=2) “Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için”, %57,1 (n=8) “Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için”, %21,4 (n=3) “Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğümünden aile birliğini bozmamak için” ve %14,3 (n=2) diğer nedenler yanıtı alınmıştır.

Tablo 4: Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekimliği Asistanlarının Bilgi Düzeyine İlişkin Dağılımlar

	n	%
•Size göre toplumda en sık karşılaşılan çocuklara yönelik kötü muamele türü hangisidir?		
<i>İhmal</i>	166	62,9
Fiziksel istismar	23	8,7
Duygusal istismar	63	23,9
Cinsel istismar	10	3,7
Fikrim yok	2	0,8
•Aşağıdakilerden hangisi çocuk istismarını kolaylaştıran çocuğa bağlı risk faktörlerindendir?		
<i>İstenmeyen çocuk ya da istenmeyen cinsiyette çocuk</i>	162	61,4
<i>Zihinsel gerilik, erken doğum, kronik hastalık gibi nedenlerle sürekli bakım gerektiren çocuklar</i>	191	72,3
<i>Hiperaktivitesi, tehlikeli davranış sorunları olan çocuklar</i>	164	62,1
<i>Sık ve uzun süre ağlayan çocuklar</i>	145	54,9
Ebeveynin çocukken istismara uğramış olması	112	42,4
Fikrim yok	12	4,5
•Aşağıdakilerden hangisi/hangilerini muayeneniz sırasında gördüğünüzde fiziksel istismar düşünürsünüz?		
<i>Çocuğun fizik muayenesinde ağız içi yaralanması, subkonjunktival kanama, bilateralorbital ekimozların saptanması</i>	194	73,5
<i>Çocuğun fizik muayenesinde kalça, karın, göğüs, genital bölge ve sırt gibi korunaklı bölgelerde ekimozların görülmesi</i>	254	96,2
<i>Çocuğun fizik muayenesinde el ve ayaklarında bilateral, simetrik eldiven-çorap tarzı yanıkların saptanması</i>	193	73,1
Çocuğun mevsimine uygun olmayan giysilerin giydirilmesi	156	59,1
<i>Çocuğun yapılan radyolojik incelemesinde metafiz ve epifiz gibi köşe kırıklarının olması</i>	148	56,1
Fikrim yok	3	1,1
•Dört aylık bebek acil servise annesi tarafından kusma ve bilinç değişikliği ile getiriliyor. Öncesinde herhangi bir şeyin olmadığını belirtiyor. Yapılan muayenede letarjik, ön fontanelin bombe ve her iki kolda ekimozların olduğu görülüyor. Böyle bir olguda ne düşünürsünüz?		
Munchausen Sendromu	8	3,0
<i>Sarsılmış Bebek Sendromu</i>	237	89,8
Fikrim yok	19	7,2

•Birden çok seçim yapılmıştır

Doğru seçenekler italik yazı şekli ile belirtilmiştir.

Tablo 4 devamı: Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyine İlişkin Dağılımlar

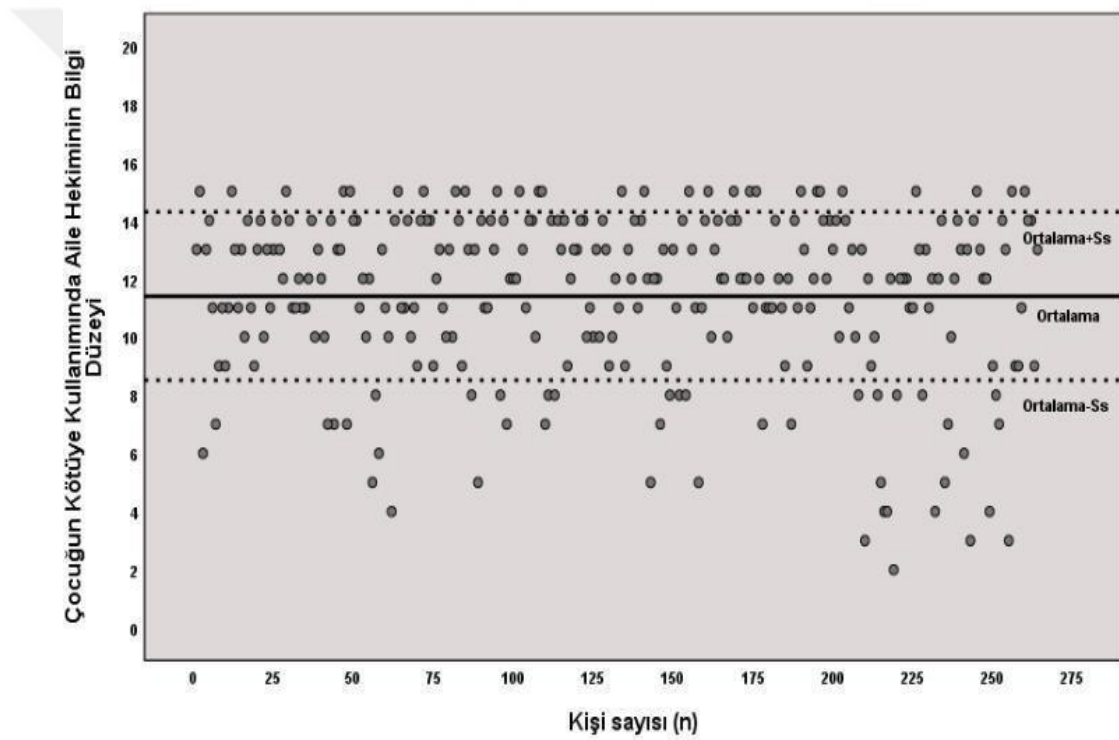
	n	%
•Çocuğun aşılarının hiç yaptırılmaması veya çok geciktirilmesi durumunda aklınıza aşağıdakilerden hangisi/hangileri gelir?		
Fiziksel istismar	25	9,5
Duygusal istismar	5	1,9
Cinsel istismar	3	1,1
<i>İhmal</i>	256	97,0
Fikrim yok	2	0,8
•Cinsel istismar ile ilgili hangileri doğrudur?		
<i>Çocuğun erken pubertal dönemde gebe kalması cinsel istismarı düşündürür</i>	234	88,6
<i>Üç yaş üstü çocukların muayenesinde anogenital bölgede verruca acuminata görülmesi cinsel istismarı düşündürür</i>	199	75,4
<i>Cinsel istismar sonucu tenesmus, konstipasyon, kanlı dışkılama, proktitis gibi bulgular görülebilir</i>	231	87,5
<i>Cinsel istismar vakalarında istismarcı genelde yaşlı ve daha çok aile dışı yabancı bireylerdir</i>	45	17,0
<i>Son zamanlarda içine kapanık ve agresif davranışları olan çocuğun iç çamaşırında kan görülmesi cinsel istismarı düşündürür</i>	235	89,0
Fikrim yok	9	3,4
	Min-Mak (Medyan)	2-15 (12)
Bilgi düzeyi puanı	Ort±Ss	11,40±2,89

•Birden çok seçim yapılmıştır

Doğru seçenekler italik yazı şekli ile belirtilmiştir.

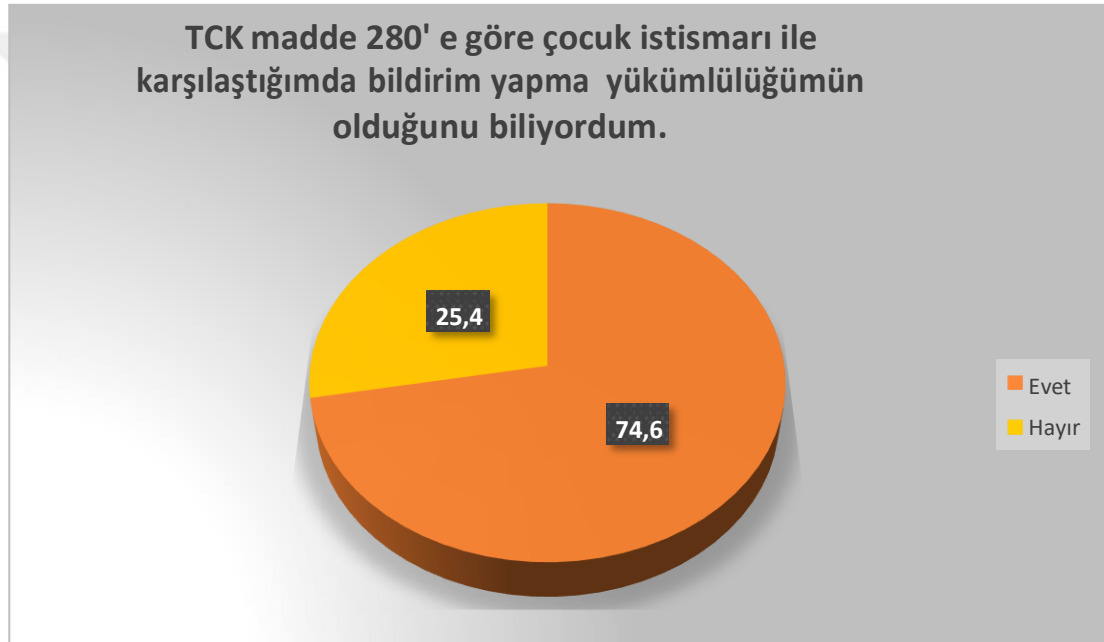
Aile hekimlerinin çocuğun kötüye kullanımı hakkındaki bilgi düzeylerini ölçülmek istenmiştir. Bunun için hekimlere Tablo 4'teki sorular sorulmuştur. Soruların doğru şıkları tabloda italik yazı stili ile gösterilmiştir. Birden fazla doğru seçeneği olan sorular olduğundan, puanlama doğru seçenek bazında hesaplanmıştır. Bu durumda alınabilecek minimum puan 0 olup, maksimum puan 21'dir.

Aile hekimliği asistanlarının, sorulan sorulara verdikleri doğru yanıtlar Tablo 4'te ayrıntılı olarak verilmiştir. Hesaplama sonucu elde edilen bilgi düzeyi puanları 2 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $11,40 \pm 2,89$ 'dur.



Şekil 5: Çocuğun kötüye kullanımında aile hekimi bilgi düzeylerini dağılımı

Katılımcılara “Evet” veya “Hayır” ı seçebilecekleri "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." TCK madde 280' e göre çocuk istismarı ile karşılaştığımda bildirim yapma yükümlülüğümün olduğunu biliyordum ibaresi yöneltildiğinde aile hekimliği asistanlarının %74,6'sı (n=197) TCK madde 280'e göre çocuk istismarı ile karşılaştığında bildirim yapma yükümlülüğü olduğunu biliyorken; %25,4'ünün (n=67) bu konu hakkında bilgisi yoktur.



Şekil 6: TCK madde 280'e göre çocuk istismarı ile karşılaştığında bildirim yapma yükümlülüğü olduğunu bilme durumunun dağılımı

Tablo 5: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımları

	Hiçbir zaman		Nadiren		Kimi zaman		Sık olarak		Çok sık		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	210	79,5	36	13,6	12	4,5	6	2,3	0	0,0	1,30±0,66
Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	8	3,0	2	0,8	8	3,0	43	16,3	203	76,9	4,63±0,84
Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	172	65,2	53	20,1	26	9,8	9	3,4	4	1,5	1,56±0,91
Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	253	95,8	5	1,9	3	1,1	3	1,1	0	0,0	1,08±0,40
Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	10	3,8	15	5,7	34	12,9	66	25,0	139	52,7	4,17±1,09
Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	205	77,7	32	12,1	15	5,7	10	3,8	2	0,8	1,38±0,82
Sevdiğimi hissediyordum.	3	1,1	7	2,7	29	11,0	86	32,6	139	52,7	4,33±0,86
Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	210	79,5	29	11,0	12	4,5	7	2,7	6	2,3	1,37±0,87
Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	235	89,0	16	6,1	11	4,2	2	0,8	0	0,0	1,17±0,52
Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	31	11,7	43	16,3	75	28,4	57	21,6	58	22,0	3,26±1,29
Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	222	84,1	31	11,7	8	3,0	3	1,1	0	0,0	1,21±0,55
Kayıp, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	225	85,2	29	11,0	7	2,7	3	1,1	0	0,0	1,20±0,53
Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	12	4,5	20	7,6	62	23,5	75	28,4	95	36,0	3,84±1,13
Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	130	49,2	87	33,0	28	10,6	15	5,7	4	1,5	1,77±0,96
Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	209	79,2	33	12,5	10	3,8	10	3,8	2	0,8	1,34±0,79
Çocukluğum mükemmeldi.	11	4,2	18	6,8	71	26,9	116	43,9	48	18,2	3,65±0,99
Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	250	94,7	2	0,8	6	2,3	5	1,9	1	0,4	1,13±0,56
Ailemde birisi benden nefret ederdi.	226	85,6	18	6,8	9	3,4	7	2,7	4	1,5	1,28±0,78
Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	10	3,8	12	4,5	46	17,4	90	34,1	106	40,2	4,02±1,05
Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	201	76,1	36	13,6	13	4,9	11	4,2	3	1,1	1,41±0,85
Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	250	94,7	10	3,8	2	0,8	2	0,8	0	0,0	1,08±0,36
Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	14	5,3	9	3,4	54	20,5	108	40,9	79	29,9	3,87±1,05
Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	233	88,3	17	6,4	7	2,7	6	2,3	1	0,4	1,20±0,63
Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	215	81,4	30	11,4	10	3,8	8	3,0	1	0,4	1,30±0,72
Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	160	60,6	52	19,7	29	11,0	16	6,1	7	2,7	1,70±1,06
İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	8	3,0	6	2,3	10	3,8	45	17,0	195	73,9	4,56±0,91
Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	227	86,0	23	8,7	9	3,4	3	1,1	2	0,8	1,22±0,63
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.	4	1,5	7	2,7	27	10,2	69	26,1	157	59,5	4,39±0,89

Aile hekimliği asistanlarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği maddelerine vermiş oldukları yanıtlaşa ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 6’da verilmiştir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Sorulaşa verilen cevaplar likert tipi ölçeklenmiş olup, madde puanlaşı aşağıdaki gibidir:

Hiçbir zaman	1
Nadiren	2
Kimi zaman	3
Sık olarak	4
Çok sık	5

Tablo 6: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Puanlaşının Dağılımlaşı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach’s Alpha
Minimizasyon	3	0-3 (0)	0,70±1,03	-
Duygusal istismar	5	5-25 (6,5)	7,69±3,39	0,790
Fiziksel istismar	5	5-20 (5)	6,05±2,43	0,874
Fiziksel ihmal	5	5-20 (5)	6,55±2,40	0,645
Duygusal ihmal	5	5-25 (9)	9,25±3,97	0,844
Cinsel istismar	5	5-20 (5)	6,20±2,59	0,846
Toplam	28	25-82 (33)	35,73±11,09	0,802

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği “Duygusal istismar” puanlaşı 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 7,69±3,39; “Fiziksel istismar” puanlaşı 5 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 6,05±2,43; “Fiziksel ihmal” puanlaşı 5 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 6,55±2,40; “Duygusal ihmal” puanlaşı 5 ile 25

arasında değişmekte olup, ortalama $9,25 \pm 3,97$ ve “Cinsel istismar” puanları 5 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama $6,20 \pm 2,59$ ’dir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanları 25 ile 82 arasında değişmekte olup, ortalama $35,73 \pm 11,09$ saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyutları için elde edilen Cronbach’s Alpha katsayıları sırasıyla 0,790; 0,874; 0,645; 0,844 ve 0,846’dır. Toplam Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Cronbach’s Alpha katsayısı 0,802 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

ÇOCUĞUN KÖTÜYE KULLANIMINDA AİLE HEKİMİNİN BİLGİ DÜZEYİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyinin Değerlendirmesi

		Bilgi düzeyi			
		n	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	p
Cinsiyet	Kadın	182	2-15 (12)	11,53±2,79	^a 0,336
	Erkek	82	3-15 (12)	11,10±3,09	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	154	3-15 (12)	11,44±2,83	^b 0,722
	30-39 yaş	101	2-15 (12)	11,30±2,94	
	≥40 yaş	9	3-15 (12)	11,78±3,53	
Medeni durum	Evli	127	3-15 (12)	11,36±2,85	^a 0,693
	Bekâr	137	2-15 (12)	11,43±2,93	
Çocuk durumu	Var	65	3-15 (12)	11,32±2,82	^a 0,645
	Yok	199	2-15 (12)	11,42±2,92	

^aMann Whitney U Test

^bKruskal Wallis Test

Cinsiyet ve yaşa göre bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durum ve çocuk durumuna göre bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 8: Mesleki Özelliklere Göre Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyinin Değerlendirmesi

		Bilgi düzeyi			
		n	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	<i>p</i>
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	147	3-15 (12)	11,39±2,88	^b 0,868
	5-9 yıl	95	2-15 (12)	11,46±2,92	
	≥10 yıl	22	3-15 (12)	11,18±2,92	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	93	2-15 (12)	11,34±2,99	^a 0,875
	Hayır	171	3-15 (12)	11,43±2,84	
^a Mann Whitney U Test		^b Kruskal Wallis Test			

Meslekte çalışma süresine göre bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumuna göre bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

ADLI BİLDİRİM YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜ BİLME DURUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 9: Demografik Özelliklere Göre Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumunun Değerlendirmesi

		Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu		p
		Evet (n=197); n (%)	Hayır (n=67); n (%)	
Cinsiyet	Kadın	130 (71,4)	52 (28,6)	^c 0,076
	Erkek	67 (81,7)	15 (18,3)	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	110 (71,4)	44 (28,6)	^d 0,339
	30-39 yaş	79 (78,2)	22 (21,8)	
	≥40 yaş	8 (88,9)	1 (11,1)	
Medeni durum	Evli	98 (77,2)	29 (22,8)	^c 0,360
	Bekâr	99 (72,3)	38 (27,7)	
Çocuk durumu	Var	50 (76,9)	15 (23,1)	^c 0,623
	Yok	147 (73,9)	52 (26,1)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

Cinsiyete göre adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,076$; $p>0,05$); erkek hekimlerde adli bildirim yükümlülüğünü bilme oranının kadınlardan yüksek olması dikkat çekicidir.

Yaşa göre adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durum ve çocuk durumuna göre adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10: Mesleki Özelliklere Göre Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumunun Değerlendirmesi

		Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu		p
		Evet (n=197); n (%)	Hayır (n=67);n(%)	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	104 (70,7)	43 (29,3)	^c 0,192
	5-9 yıl	74 (77,9)	21 (22,1)	
	≥10 yıl	19 (86,4)	3 (13,6)	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	72 (77,4)	21 (22,6)	^c 0,441
	Hayır	125 (73,1)	46 (26,9)	

^cPearson Chi-Square Test

Meslekte çalışma süresine göre adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumu ile adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

ÇOCUK İSTİSMARI İLE KARŞILAŞILDIĞINDA BİLDİRİM YAPMA DURUMUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 11: Demografik Özelliklere Göre Çocuk İstismarı ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun Değerlendirmesi

		Bildirim yapma durumu		<i>p</i>
		Evet (n=250); n (%)	Hayır (n=14); n (%)	
Cinsiyet	Kadın	174 (95,6)	8 (4,4)	^c 0,376
	Erkek	76 (92,7)	6 (7,3)	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	147 (95,5)	7 (4,5)	^d 0,473
	30-39 yaş	95 (94,1)	6 (5,9)	
	≥40 yaş	8 (88,9)	1 (11,1)	
Medeni durum	Evli	117 (92,1)	10 (7,9)	^c 0,073
	Bekâr	133 (97,1)	4 (2,9)	
Çocuk durumu	Var	60 (92,3)	5 (7,7)	^c 0,343
	Yok	190 (95,5)	9 (4,5)	

^cPearson Chi-Square Test
Exact Test

^dFisher Freeman Halton Test

^eFisher's

Cinsiyet ve yaşa göre bildirim yapma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni duruma göre bildirim yapma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,073$; $p>0,05$); bekâr hekimlerde bildirim yapma oranının evlilerden yüksek olması dikkat çekicidir.

Çocuk durumuna göre bildirim yapma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12: Mesleki Özelliklere Göre Çocuk İstismarı ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun Değerlendirmesi

		Bildirim yapma durumu		p
		Evet (n=250); n (%)	Hayır (n=14); n (%)	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	140 (95,2)	7 (4,8)	^d 0,030*
	5-9 yıl	92 (96,8)	3 (3,2)	
	≥10 yıl	18 (81,8)	4 (18,2)	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	88 (94,6)	5 (5,4)	^c 0,969
	Hayır	162 (94,7)	9 (5,3)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

*p<0,05

Meslekte çalışma süresine göre bildirim yapma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,030; p<0,05). Meslekte 10 yıl ve daha uzun süredir çalışan hekimlerde bildirim yapma oranı, 0-4 yıl ve 5-9 yıl çalışanlardan düşüktür.

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumu ile bildirim yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 13: Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumu ile Çocuk İstismarı ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun ilişkisi

		Bildirim yapma durumu		p
		Evet (n=250); n (%)	Hayır (n=14); n (%)	
Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu	Evet	189 (95,9)	8 (4,1)	^e 0,202
	Hayır	61 (91,0)	6 (9,0)	

^eFisher's Exact Test

Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu ile bildirim yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

ÇOCUK İSTİSMARIYLA İLGİLİ KLİNİK YAKLAŞIM SORUSUNA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 14: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam		P
		Evet (n=15); n (%)	Hayır (n=249); n (%)	
Cinsiyet	Kadın	5 (2,7)	177 (97,3)	^e 0,007**
	Erkek	10 (12,2)	72 (87,8)	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	8 (5,2)	146 (94,8)	^d 0,155
	30-39 yaş	5 (5,0)	96 (95,0)	
	≥40 yaş	2 (22,2)	7 (77,8)	
Medeni durum	Evli	8 (6,3)	119 (93,7)	^e 0,677
	Bekâr	7 (5,1)	130 (94,9)	
Çocuk durumu	Var	5 (7,7)	60 (92,3)	^e 0,536
	Yok	10 (5,0)	189 (95,0)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test ^eFisher's Exact

Test **p<0,01

Cinsiyete göre “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,007; p<0,01). Erkek hekimlerde bu ifadeye katılma oranı kadınlardan yüksektir. Yaşa göre “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Medeni durum ve çocuk durumuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 15: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam		p
		Evet (n=15); n (%)	Hayır (n=249); n (%)	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	8 (5,4)	139 (94,6)	^d 0,218
	5-9 yıl	4 (4,2)	91 (95,8)	
	≥10 yıl	3 (13,6)	19 (86,4)	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	8 (8,6)	85 (91,4)	^c 0,131
	Hayır	7 (4,1)	164 (95,9)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

Meslekte çalışma süresine göre “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumu ile “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum		p
		Evet (n=14); n (%)	Hayır (n=250); n (%)	
Cinsiyet	Kadın	8 (4,4)	174 (95,6)	^c 0,376
	Erkek	6 (7,3)	76 (92,7)	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	9 (5,8)	145 (94,2)	^d 1,000
	30-39 yaş	5 (5,0)	96 (95,0)	
	≥40 yaş	0 (0)	9 (100)	
Medeni durum	Evli	6 (4,7)	121 (95,3)	^c 0,686
	Bekâr	8 (5,8)	129 (94,2)	
Çocuk durumu	Var	2 (3,1)	63 (96,9)	^e 0,528
	Yok	12 (6,0)	187 (94,0)	

^cPearson Chi-Square Test
Test

^dFisher Freeman Halton Test

^eFisher's Exact

Cinsiyete ve yaşa göre “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durum ve çocuk durumuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum		p
		Evet (n=14); n (%)	Hayır (n=250); n (%)	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	9 (6,1)	138 (93,9)	^d 0,757
	5-9 yıl	5 (5,3)	90 (94,7)	
	≥10 yıl	0 (0)	22 (100)	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	5 (5,4)	88 (94,6)	^e 1,000
	Hayır	9 (5,3)	162 (94,7)	

^dFisher Freeman Halton Test

^eFisher's Exact Test

Meslekte çalışma süresine göre “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumu ile “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim		p
		Evet (n=174); n (%)	Hayır (n=90); n (%)	
Cinsiyet	Kadın	120 (65,9)	62 (34,1)	^c 0,990
	Erkek	54 (65,9)	28 (34,1)	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	99 (64,3)	55 (35,7)	^d 0,861
	30-39 yaş	69 (68,3)	32 (31,7)	
	≥40 yaş	6 (66,7)	3 (33,3)	
Medeni durum	Evli	83 (65,4)	44 (34,6)	^c 0,855
	Bekâr	91 (66,4)	46 (33,6)	
Çocuk durumu	Var	42 (64,6)	23 (35,4)	^c 0,800
	Yok	132 (66,3)	67 (33,7)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

Cinsiyete ve yaşa göre “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durum ve çocuk durumuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim p		
		Evet (n=174); n (%)	Hayır (n=90); n (%)	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	98 (66,7)	49 (33,3)	^c 0,779
	5-9 yıl	63 (66,3)	32 (33,7)	
	≥10 yıl	13 (59,1)	9 (40,9)	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	66 (71,0)	27 (29,0)	^c 0,201
	Hayır	108 (63,2)	63 (36,8)	

^cPearson Chi-Square Test

Meslekte çalışma süresine göre “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumu ile “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” yanıtını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Demografik Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım		p
		Evet (n=225); n (%)	Hayır (n=39); n (%)	
Cinsiyet	Kadın	160 (87,9)	22 (12,1)	^c 0,067
	Erkek	65 (79,3)	17 (20,7)	
Yaş (yıl)	23-29 yaş	134 (87,0)	20 (13,0)	^d 0,565
	30-39 yaş	83 (82,2)	18 (17,8)	
	≥40 yaş	8 (88,9)	1 (11,1)	
Medeni durum	Evli	110 (86,6)	17 (13,4)	^c 0,541
	Bekâr	115 (83,9)	22 (16,1)	
Çocuk durumu	Var	56 (86,2)	9 (13,8)	^c 0,808
	Yok	169 (84,9)	30 (15,1)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

Cinsiyete “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,067$; $p>0,05$); kadın hekimlerde bu ifadeye katılma oranının erkeklerden yüksek olması dikkat çekicidir.

Yaşa göre “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durum ve çocuk durumuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 21: Mesleki Özelliklere Göre Klinik Yaklaşım Sorusuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” Cevabını Verme Durumunun Değerlendirmesi

		Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım <i>P</i>		
		Evet (n=225); n (%)	Hayır (n=39); n (%)	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0-4 yıl	121 (82,3)	26 (17,7)	^d 0,170
	5-9 yıl	86 (90,5)	9 (9,5)	
	≥10 yıl	18 (81,8)	4 (18,2)	
Çalışma süresince hiç çocuk istismar olgusu ile karşılaştınız mı?	Evet	81 (87,1)	12 (12,9)	^c 0,528
	Hayır	144 (84,2)	27 (15,8)	

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

Meslekte çalışma süresine göre “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma süresince çocuk istismar olgusuyla karşılaşma durumu ile “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 22: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

		Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam ^a		^a p
		Evet (n=15)	Hayır (n=249)	
Duygusal istismar	Min-Mak (Medyan)	5-11 (6)	5-25 (7)	0,385
	Ort±Ss	6,80±2,21	7,74±3,44	
Fiziksel istismar	Min-Mak (Medyan)	5-8 (5)	5-20 (5)	0,654
	Ort±Ss	5,53±0,99	6,08±2,49	
Fiziksel ihmal	Min-Mak (Medyan)	5-10 (5)	5-20 (5)	0,342
	Ort±Ss	5,87±1,46	6,59±2,44	
Duygusal ihmal	Min-Mak (Medyan)	5-11 (6)	5-25 (9)	0,031*
	Ort±Ss	7,07±2,31	9,38±4,01	
Cinsel istismar	Min-Mak (Medyan)	5-8 (5)	5-20 (5)	0,447
	Ort±Ss	5,47±0,92	6,24±2,65	
Toplam	Min-Mak (Medyan)	25-37 (30)	25-82 (33)	0,091
	Ort±Ss	30,73±4,37	36,03±11,31	

^aMann Whitney U Test

*p<0,05

“Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumuna göre duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumuna göre duygusal ihmal puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,031; p<0,05). Bu ifadeye katılan hekimlerin puanı katılmayanlardan düşüktür. “Çocuklar sık sık düşebildiklerinden bunların

oluşabileceğini düşünürüm ve bu nedenle herhangi bir şey yapmam” yanıtını verme durumuna göre toplam travma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 23: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

		Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum		^a p
		Evet (n=14)	Hayır (n=250)	
Duygusal istismar	Min-Mak (Medyan)	5-17 (6)	5-25 (7)	0,731
	Ort±Ss	8,07±3,87	7,66±3,37	
Fiziksel istismar	Min-Mak (Medyan)	5-17 (6)	5-20 (5)	0,005**
	Ort±Ss	7,71±3,87	5,95±2,30	
Fiziksel ihmal	Min-Mak (Medyan)	5-16 (6,5)	5-20 (5)	0,083
	Ort±Ss	7,71±3,54	6,49±2,32	
Duygusal ihmal	Min-Mak (Medyan)	5-14 (8,5)	5-25 (9)	0,900
	Ort±Ss	8,93±2,70	9,26±4,03	
Cinsel istismar	Min-Mak (Medyan)	5-17 (6)	5-20 (5)	0,006**
	Ort±Ss	7,29±3,36	6,14±2,54	
Toplam	Min-Mak (Medyan)	29-80 (34,5)	25-82 (33)	0,122
	Ort±Ss	39,71±14,00	35,50±10,90	

^aMann Whitney U Test

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

“Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumuna göre duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

“Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumuna göre fiziksel istismar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,005$; $p<0,01$). Bu ifadeye katılan hekimlerin puanı katılmayanlardan yüksektir.

“Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumuna göre cinsel istismar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,006$; $p<0,01$). Bu ifadeye katılan hekimlerin puanı katılmayanlardan yüksektir.

“Çocuk istismarı daha kötü sonuçlar doğurabileceğinden hemen adli bildirimde bulunurum” yanıtını verme durumuna göre toplam travma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 24: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

		Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim		^a p
		Evet (n=174)	Hayır (n=90)	
Duygusal istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-25 (6)	5-22 (7)	0,991
	<i>Ort±Ss</i>	7,75±3,49	7,56±3,21	
Fiziksel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-16 (5)	0,151
	<i>Ort±Ss</i>	5,94±2,48	6,24±2,35	
Fiziksel ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-16 (6)	0,310
	<i>Ort±Ss</i>	6,52±2,46	6,61±2,30	
Duygusal ihmal	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-24 (8)	5-25 (9)	0,389
	<i>Ort±Ss</i>	9,15±4,04	9,43±3,83	
Cinsel istismar	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (5)	5-20 (5)	0,519
	<i>Ort±Ss</i>	6,15±2,56	6,29±2,67	
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-81 (33)	25-82 (34)	0,309
	<i>Ort±Ss</i>	35,52±11,43	36,13±10,46	

^aMann Whitney U Test

“Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” yanıtını verme durumuna göre duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

“Makul şüphe oluşana kadar bekleme süresince çocuk ve aileyi gözlemlerim” yanıtını verme durumuna göre toplam travma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 25: Klinik Yaklaşım Sorusuna “Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” Cevabını Verme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

		Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım		^a p
		Evet (n=225)	Hayır (n=39)	
Duygusal istismar	Min-Mak	5-25 (7)	5-19 (6)	0,588
	(Medyan)			
	Ort±Ss	7,72±3,41	7,49±3,31	
Fiziksel istismar	Min-Mak	5-20 (5)	5-20 (5)	0,387
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,03±2,28	6,13±3,21	
Fiziksel ihmal	Min-Mak	5-20 (5)	5-16 (5)	0,866
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,54±2,34	6,62±2,77	
Duygusal ihmal	Min-Mak	5-25 (9)	5-17 (8)	0,596
	(Medyan)			
	Ort±Ss	9,31±4,01	8,90±3,76	
Cinsel istismar	Min-Mak	5-20 (5)	5-9 (5)	0,852
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,28±2,76	5,69±1,08	
Toplam	Min-Mak	25-82 (34)	25-77 (32)	0,336
	(Medyan)			
	Ort±Ss	35,88±11,05	34,82±11,43	

^aMann Whitney U Test

“Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumuna göre duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal,

duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

“Muayene sırasında çocuk ve aileye ekimozların nasıl oluştuğunu sorarım” yanıtını verme durumuna göre toplam travma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 26: Adli Bildirim Yükümlülüğünü Bilme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

		Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu		^a p
		Evet (n=197)	Hayır (n=67)	
Duygusal istismar	Min-Mak	5-25 (6)	5-14 (7)	0,707
	(Medyan)			
	Ort±Ss	7,82±3,64	7,28±2,50	
Fiziksel istismar	Min-Mak	5-20 (5)	5-10 (5)	0,330
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,12±2,71	5,82±1,32	
Fiziksel ihmal	Min-Mak	5-20 (5)	5-15 (5)	0,828
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,57±2,46	6,49±2,25	
Duygusal ihmal	Min-Mak	5-24 (9)	5-25 (8)	0,715
	(Medyan)			
	Ort±Ss	9,14±3,79	9,57±4,47	
Cinsel istismar	Min-Mak	5-20 (5)	5-20 (5)	0,439
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,26±2,61	6,01±2,54	
Toplam	Min-Mak	25-82 (33)	25-63 (34)	0,934
	(Medyan)			
	Ort±Ss	35,91±11,58	35,18±9,58	

^aMann Whitney U Test

Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu ile duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu ile toplam travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27: Çocuğun Kötüye Kullanımında Aile Hekiminin Bilgi Düzeyi ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

	Bilgi düzeyi	
	R	p
Duygusal istismar	-0,052	0,400
Fiziksel istismar	-0,136	0,027*
Fiziksel ihmal	-0,138	0,025*
Duygusal ihmal	-0,058	0,348
Cinsel istismar	-0,043	0,486
Toplam	-0,082	0,186

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

Duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekiminin bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Fiziksel istismar puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekiminin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü (bilgi düzeyi arttıkça puan azalan) 0,136 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:-0,136$; $p=0,027$; $p<0,05$).

Fiziksel ihmal puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekiminin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü (bilgi düzeyi arttıkça puan azalan) 0,138 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:-0,138$; $p=0,025$; $p<0,05$).

Toplam istismar puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekiminin bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Çocuklara kötü muamelenin kısa ve uzun vadeli çeşitli sonuçları olabilir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında çocukluk çağında karşılaşılan her türlü kötü muamele ile daha yüksek depresyon puanları ve Major Depresif Bozukluk arasında anlamlı bir ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak daha da önemlisi, çocuklara kötü muameleler arasında duygusal istismar ve duygusal ihmal, depresyonla en güçlü ilişkiye sahipken; cinsel ve fiziksel istismar ve fiziksel ihmal için daha zayıf ilişkiler bulunmuştur (72). Çocuklara kötü muamele ile kalp ve damar hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. İstismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda görülen depresif semptomlar, sigara içme, HDL kolesterol seviyesi, obezite ve kısa uyku süresi bunu kolaylaştıran faktörlerdir. Çocuklara kötü muamelenin, insanları kötü ruh sağlığına ve sağlıksız bir yaşam tarzına yatkın hale getirebileceği ve bunun da kalp ve damar hastalıklarına yatkınlık oluşturduğu gösterilmiştir (73). Aile hekimlerinin bu konu hakkındaki bilgi ve farkındalıkları halk sağlığı için önem arz etmektedir.

Çalışmamız 264 aile hekimliği uzmanlık öğrencisiyle yapılmış ve çocuklara kötü muamele hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile kendi çocukluk travmaları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ÇÇRTÖ'ne göre fiziksel istismar puanı ile çocuğun kötüye kullanımında bilgi düzeyi arasında negatif yönlü (bilgi düzeyi arttıkça puan azalan) 0,136 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:-0,136$; $p=0,027$; $p<0,05$). Fiziksel ihmal puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekiminin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü (bilgi düzeyi arttıkça puan azalan) 0,138 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:-0,138$; $p=0,025$; $p<0,05$). Toplam istismar puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekiminin bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Ülkemizde pediatrist ve çocuk cerrahisi hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada hekimlerin %80'i meslek yaşamları süresince en az bir Çİİ vakası ile karşılaşmıştır (74). Bu oran Kocaer'in 2006 yılında yaptığı araştırmada %52.8 olarak

bulunmuşken (65), Gölge ve ark. (arkadaşlarının) 2010'da yaptıkları araştırmada %43.8 olarak bulunmuştur (75). Lazenbatt ve ark. İrlanda'da birinci basamakta görev yapan doktor, diş doktoru ve hemşireleri kapsayan çalışmalarında ise bu oran %60 olarak saptanmıştır (76). Kuveyt'te yapılan bir çalışmada ise 117 çocuk doktorunun %50'si son bir yıl içinde en az 1 istismar vakası olmak üzere 3'e kadar Çİİ vakası ile karşılaştığını bildirmiştir (77). Bizim çalışmamızda ise, 264 hekimin %35,2'si meslek hayatı boyunca en az bir Çİİ ile karşılaştığını bildirmektedir.

Kara ve ark. yaptığı bir çalışmada, daha önce Çİİ olgusu ile karşılaştığını belirten 360 hekimin yaklaşık üçte ikisi yetkili kurumlarla iletişim/yasal süreç konusunda zorlandıklarını belirtmişlerdir. Zorlanılan ikinci konu (%41,1) ise öykü-anamnez almadır (78). Al-Moosa ve ark. Kuveyt'te 117 çocuk doktoru ile yaptıkları çalışmada doktorların %80'den fazlası Çİİ olguları ile karşılaştıklarında yasal süreçle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir (77). Başka bir çalışmada hekimler en fazla ilgili kurumlarla iletişim/yasal süreç ve öykü-anamnez alma ile aşamalarında zorluk çektiğini bildirmiştir (74). İzmir'de aile hekimliği asistan doktorlarına yönelik yapılan bir araştırmada Çİİ ile karşılaşan hekimlerin %78,9'unun en fazla "bildirim yapma ve yasal süreç" basamağında zorlandıkları belirtildi (79). Bizim araştırmamızda ise önceki çalışmalara paralel olarak Çİİ olgusuyla karşılaşan hekimlerin %72'si gerekli kurumlarla iletişim kurma/yasal süreçte, %55,9'u öykü-anamnez almada zorlandığını belirtmiştir.

Tekin'in 2020'de yaptığı bir araştırmada Çİİ vakaları ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin %77.7'si yetkili makamlara bildirimde bulunduklarını, %22.3'ü ise bildirim yapmadıklarını belirtmiştir (80). Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada doktorların yaklaşık %15'inin Çİİ ile karşılaştığında bildirimde bulunmayı düşünmedikleri görülmüştür (78). Çalışmamıza katılan hekimlerin %94,7'si Çİİ ile karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını, % 5,3'ü yapmayacaklarını belirtmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Çİİ vakasını yetkili makamlara bildireceğini belirten aile hekimlerinin %53,8'i adli rapor tutarken, %10'u Cumhuriyet Başsavcılığına başvuracağını, %17,5' ASPİM'e bildirim yapacağını, %18,8'i polise haber vereceğini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin ise %68,8'i polise haber vereceğini,

%27,5'i ASPİM'e bildirim yapacağını, %3,8'i Cumhuriyet Başsavcılığına bildirim yapacağını belirtmiştir (81). Canbaz ve ark. tarafından 2005'te pratisyen hekimler ile yapılan bir çalışmada Çİİ olgularında bildirim yapan hekimlerin %60'nın adli rapor tuttuğu, %50'sinin Cumhuriyet Savcılığına bildirim yaptığı, %40'nın Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne, %20'sinin polise bildirim yaptığı şeklinde sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir (82). Yine İstanbul'da çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve araştırma görevlilerine yönelik yapılan bir tez çalışmasında, Çİİ bildirim yapan hekimlerin %80,3'ü adli rapor tutarak, %32,8'i polise haber vererek, %24'ü Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne rapor yazarak, %6,6'sı ise Cumhuriyet Savcılığı'na bildirim yaparak ve %1,1 olarak da sosyal hizmet uzmanına yönlendirerek bildirim yaptıklarını belirtmişlerdir (83). Çalışmamızda ise Çİİ ile karşılaşma durumlarında bildirim yapacağını belirten hekimlerin (n=250) %80,4'ü adli rapor tutacağını, %56,4'ü polise haber vereceğini, %18,8'i Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna (SHÇEK) rapor yazacağını, %4,8'i Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirim yapacağını belirtmiştir.

Avustralya'da 100'ü pratisyen hekim, 124'ü çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı 224 hekimin katıldığı araştırmada hekimlerin %43'ünün meslek hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir Çİİ olgusuyla karşılaştığı fakat kanunen zorunlu olmasına rağmen rapor etmedikleri bildirilmiştir. Bunun sebeplerinden biri de bildirim sonrasında çocuk ve aile için başlayan zor ve sorunlu süreçtir(84). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2006 yılında 270 çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimi ile yapılan bir araştırmada katılımcı hekimlerin %10'u şüpheli çocuk istismarı ve ihmali vakalarını raporlamadıklarını belirtmiş, bunun nedeni olarak sonraki süreçte mahkeme ortamında çocukların zarar göreceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (85). İsveç'te 2007 yılında hekimleri kapsayan bir araştırmada bildirim yapmama nedenleri olarak hasta yakının tepkisinden çekindiklerini, Çİİ olgularına tanının zor konduğunu, zamanın yetersiz olduğu, kendilerini Çİİ hakkında yeterli bulmamaları, adli raporun bir işe yaramayacağını düşünme gibi nedenler bulunmaktadır (86). Pakistan'da yapılan bir çalışmada doktorların Çİİ ile karşılaştıklarında bildirim yapmamalarının nedeni olarak öncelikle (%59) aile ve ebeveyn korkusu olduğu, ikinci sırada (%52) ise prosedür ve sevk bilgisi eksikliği olduğu bildirilmiştir (87). Ankara'da yapılan bir çalışmada Çİİ olgusu ile karşılaşan hekimlerin en sık bildirimde bulunmama nedeni %78,3 oranla

yeterli düzeyde bilgiye sahip olmama olarak ifade edilmektedir (78). Tekin ve ark. Yaptığı çalışmada Çİİ bildirimini yapmayan hekimlerin bildirmeme nedenlerine bakıldığında, %35,7'sinin “vakanın Çİİ vakası olduğu konusunda emin olamama”, %28,6'sının “mesleğime düşen rol ve sorumlulukla ilgili yeterince bilgimin olmaması”, %35,7'sinin “aileden çekinme” nedeniyle bildirim yapmadıkları saptanmıştır (80). Çalışmamızda ise bildirim yapmayan hekimlere (n=14) sebebi sorulduğunda %78,6'i “Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için”, %57,1'i “Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için”, %14,3'i “Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için”, %57,1'i “Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için”, %21,4'ü “Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğümünden aile birliğini bozmamak için” yanıtını vermiştir.

Sağlık çalışanlarının görevi başında bir suç ile karşılaştıklarında TCK madde 280'e göre bildirim yapma yükümlülükleri vardır. Tekin'in çalışmasında sağlık çalışanlarının Çİİ vakalarını kanunlara göre bildirme yükümlülüklerinin olduğunu bildiğini belirten sağlık çalışanlarının oranı %70,7 iken %10,7'si böyle bir yükümlülüğü olmadığını belirtmiş, %18,7'si bu konu hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcılara, “Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı vakalarının bildirim yükümlülüğü hangi yasa ile zorunludur?” sorusu sorulduğunda %35,3'ü “Türk Ceza Kanunu” diyerek doğru cevabı vermiştir (80). Trabzon ilinde çocuk hekimleri ve hemşirelerine yönelik yapılan çalışmada ise hekimlerin %69,8'i, hemşirelerin %89,8'i Çİİ ile karşılaştıklarında yasal olarak bildirim yapma yükümlülüklerini bilmediklerini belirtmişlerdir (88). Çalışmamıza katılan aile hekimliği asistan hekimlerinin %74,6'sı TCK madde 280'e göre çocuk istismarı ile karşılaştığında bildirim yapma yükümlülüğü olduğunu biliyorken; %25,4'ünün bu konu hakkında bilgisi yoktur.

Aile hekimliği asistanlarının Çİİ hakkında bilgi düzeyini sorgulamak amacıyla hazırladığımız ölçekten 0 ile 21 arasında puan alınabilmektedir. Hesaplama sonucu katılımcılardan elde edilen bilgi düzeyi puanları 2 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $11,40 \pm 2,89$ 'dur. Bu puanlar sosyodemografik verilerle karşılaştırılmıştır.

Çetin ve ark. çalışmasında katılımcı hekimlerin Çİİ bilgi ve tutumlarıyla ilgili sorulardan aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında kadınların ortalama puanı

erkeklerin ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur (79). Başka bir çalışmada katılımcı hekimlerin Çİİ hakkında bilgi ve tutumlarına yönelik sorulardan kadın doktorların aldıkları puanların erkek doktorların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (78). Yükseler'in 2020'de Malatya'da yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarının Çİİ bilgi düzeyi cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (89). Bizim çalışmamızda da hekimlerin Çİİ hakkında bilgi düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Kılıç Çüçen'in İstanbul ilinde 2021'de yaptığı kadın hekimlere yönelik alışmasında yaş ile Çİİ bilgi düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştır. 40 yaş ve üzerindeki doktorların Çİİ bilgi ve tutum puanları, 24-29 yaş grubu ve 30-39 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (90). İzmir'de aile hekimliği asistanlarına yönelik yapılan çalışmada 30 yaşın altındaki hekimlerin Çİİ bilgi düzeyi puanı 30 yaş ve üzerindeki hekimlerin ortalama puanına göre daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (79). Araştırmamızda ise yaşa göre Çİİ bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Aydın'da yapılan bir tez çalışmasında Çİİ bilgi ve tutum puanları ile katılımcıların medeni durumları arasındaki ilişki araştırıldığında medeni durum ile bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (91). Yükseler'in araştırmasında evli ve bekar aile hekimleri arasında Çİİ bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadığı görülmüştür (89). Van'da yapılan başka bir araştırmada da doktorların medeni durumları ile göre bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (92). Çalışmamızda medeni durum ile Çİİ bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çocuk sahibi olma durumu ile Çİİ hakkındaki bilgi ve farkındalığı incelediğimizde Kaptan ve ark. çalışmasında hekim ve hemşirelerin çocuk sahibi olması ile Çİİ farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (88). Suudi Arabistan'da birinci basamak hekimlerine yönelik yapılan başka bir araştırmada hekimlerin Çİİ farkındalıkları ile çocuk sahibi olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (93). Çalışmamızda da çocuk sahibi olma durumu ile Çİİ bilgi farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

2003 senesinde İsrail’de yapılan bir araştırmada hekimlerin meslekte geçirdiği yılın, Çİİ farkındalığı ve raporlamaya olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (94). Gölge ve ark. çalışmasında mesleki tecrübe ile katılımcıların Çİİ farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (75). Yükseler ve Sarıyar da çalışmalarında meslekte geçirilen yıl ile Çİİ bilgi ve farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (89,92). Bizim çalışmamızda da meslekte geçirilen süre ile çocuklara kötü muamele hakkındaki farkındalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Literatüre bakıldığında sağlık çalışanlarında Çİİ bilgi düzeyi ile sağlık çalışanlarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat 2018 yılında İstanbul ilinde ortaöğretim kurumlarında görev yapan öğretmenlerin Çİİ bilgi ve farkındalık düzeyi ile kendi çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada çocukluk çağında travma yaşantısı olan kadın öğretmenlerin Çİİ hakkındaki bilgi ve riskleri tanıma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (95).

Çalışmamızda adli bildirim yükümlülüğünü bilme durumu ile duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fiziksel istismar puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü (bilgi düzeyi arttıkça puan azalan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel ihmal puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü (bilgi düzeyi arttıkça puan azalan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Toplam istismar puanı ile çocuğun kötüye kullanımında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar çocukluk çağında fiziksel istismar ve fiziksel ihmal mağduru olan hekimlerin bu davranışları normalleştirdiği, fark edemediği sonucunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çocuklara kötü muamele hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalan çocuklar, depresyon, panik bozukluk, intihar girişimi, diyabet, kalp hastalıkları gibi birçok fizyolojik ve psikolojik hastalık için risk altındadır. Bu yüzden çocuklarla yakın teması olan, koruyucu hekimliği kapsayan birinci basamak hekimlerinin çocuk istismar ve ihmalini tanınması ve bildirmesi çok önemlidir. Çİİ'ni tanımada, toplumsal, kültürel, siyasi, dini faktörler etkili olduğu gibi kişinin kendi çocukluk deneyimi de etkilidir.

Çalışmamızda çocukluğunda fiziksel istismar ve fiziksel ihmal mağduru olan hekimlerin, çocuklara kötü muameleyi tanıma ve farkındalık düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çocukluk çağında fiziksel olarak kötü muameleye maruz kalan bireylerin bu davranışları normalleştirdiğini düşündürmektedir. Bu yüzden çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmış hekimlerin profesyonel destek almaktan çekinmemeleri gerektiğini, kendi travmalarını iyileştirmelerinin Çİİ bilgi ve farkındalığını da arttıracaklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %35,2'si meslek hayatları boyunca en az bir Çİİ vakası ile karşılaşmıştır. Çİİ bildirimi yapılmaması çocuğa kötü muamelenin tekrarlama riskini artırır. Çocuklara kötü muamele çocuğu ve toplumu olumsuz etkileyen, sadece vicdani değil, hukuki boyutu da olan bir olgudur. Çalışmamıza katılan hekimlerin %25,4'ü Çİİ bildirimi ile yasal olarak yükümlü olduklarını bilmediğini belirtmiştir. Ayrıca Çİİ bildiriminde bulunan hekimlerin en zorlandığı aşamanın yasal süreç/gerekli kurumlarla temasa geçme olduğu bulunmuştur. Bu konuda hekimlere yönelik eğitimlerin düzenlenmesinin Çİİ bilgi düzeyini arttırmakla birlikte adli bildirim yükümlülüğü bilincini de arttıracaklarını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Karadoğan UC, ‘Çocuk ve Çocukluk’ Kavramının Tarihsel Süreçte Değerlendirilmesi. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 4(7), 195-226, 2019.
2. Tıraşçı Y, Gören S, Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34:70-74, 2007.
3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. Child Abuse Neglect, *Journal of the American Medical Association*, 9(2):143-54, 1985.
4. Green AH, Self-destructive behavior in battered children. *American Journal of Psychiatry*, 135(5):579-82, 1978 May.
5. Temiz M, Beştepe E, Yıldız Ö, Küçüköncü S, Yazıcı A, Çalıkluşu C, Erkoç Ş, Yataklı psikiyatri servisinde tedavisi süren kadın hastalarda aile içi şiddetin hastalık tanıları ve hastalık süreciyle ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51:1-10, 2014.
6. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1. Madde [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.unicef.org/turkiye/çocuk-haklarına-dair-sözleşme>
7. Çocuk Koruma Kanunu 3/1-a, Türk Ceza Kanunu 6/1-c, [Internet]. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr>
8. Marlow DR. *Textbook of Pediatric Nursing*. London: W.B. Saunders Company 1977.
9. Başaranbilek E. Arkeolojik Eserlerde Çocuk, B. Onur, Toplumsal Tarihte Çocuk içinde. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 1994.
10. Lambert T. A History of Children - Local Histories [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://localhistories.org/a-history-of-children/>
11. Bumin K. Batıda Devlet ve Çocuk, İstanbul, Alan Yayıncılık 1983.
12. Platon. Devlet. 3. Baskı. Antik Yayınları; 2014.
13. Erkut Z, Balci S, Yıldız S. Tarihsel Süreç İçinde Çocuk, *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 2(3), 17-28, 2017.
14. Güçlü S. Çocukluk ve Çocukluğun Sosyolojisi Bağlamında Çocuk Hakları, *Sosyoloji Dergisi*, Armağan Sayısı (1), 1-22, 2016.
15. Sağlam M, Aral N. Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları, *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 1(2), 43-56, 2016.
16. Yapıcı M, Yapıcı Ş. Bir Değer Olarak Çocukluk, *Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 4(4), 2004.
17. Dirican R. Tarihi Süreçte Çocukluk ve Çocuk Hakları Childhood and Child Rights Within The Historical Process. *Çocuk ve Gelişim Dergisi (ÇG-D), Journal of Child and Development (J-CAD)*, 2(2), 51-62, 2018.
18. United States Children’s Bureau | United States federal agency | Britannica [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.britannica.com/topic/United-States-Childrens-Bureau>

19. Akyüz E. Çocuk Hakları Bildirisi ve Türk Hukuk Sistemi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 13(1), 339-365, 2019.
20. Onat T, Cenani A. Pediatriinin Tarihçesi. *Türk Pediatri Arsivi* [Internet]. 1997 Dec 1 [cited 2022 Oct 22];32(4). Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpedar/issue/13239/159846>
21. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi – İnsan Hakları Derneği [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/>
22. ICC Uluslararası Çocuk Merkezi [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=1>
23. Demirağ S, Gemalmaz E, Erel Ö. Çocuk istismarı-1: Türkiye’de çocuk olmak: Yasalar ne kadar koruyor? *Aile Hekimliği Dergisi*, 2009.
24. Polat O. Çocuk İstismarı, *Klinik Adli Tıp*. Ankara, Seçkin Yayıncılık 1. Baskı, 85-131, 2004.
25. Uluoğlu SA, Efe H. Dünyada çocuk işçiliğiyle mücadelede gelinen nokta ve geleceğe dair bazı öngörüler. *Eğitim Bilim Toplum*, 13(51), 46–72, 2015.
26. 4721 SAYILI TÜRK MEDENİ KANUNU. Madde 339-340. [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>
27. 5395 SAYILI ÇOCUK KORUMA KANUNU. Madde 1-2. [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/>
28. 5799 SAYILI SOSYAL HİZMETLER KANUNU. Madde 1-2. [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/>
29. 6284 SAYILI AİLENİN KORUNMASI VE KADINA KARŞI ŞİDDETİN ÖNLENMESİNE DAİR KANUN Madde 1. [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/>
30. TÜRK CEZA KANUNU. Madde 104-477-280. [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/>
31. Child maltreatment, WHO. [Internet]. [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
32. PELENDECİOĞLU B, BULUT S. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 9(1):49–62. 2016.
33. Füsün Yaşar Z, Gültekin Akduman G. Çocuk İhmali-İstismarı ve Adli Diş Hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, (5)6:389-394. 2007.
34. Kulaksızoğlu A. *Ergenlik Psikolojisi*. 6. Basım, Remzi Kitabevi, 2004.
35. Thompson Gershoff E. Corporal Punishment by Parents and Associated Child Behaviors and Experiences: A Meta-Analytic and Theoretical Review. Glueck & Glueck. *Psychological Bulletin Journal*, 128(4); 539-579, 2002
36. Yıldız (Arabacı) S. İlköğretim II. kademesindeki çocuklara yönelik istismarın ve ihmalin çeşitli değişkenler yönünden incelenmesi.2007 [cited 2022 Oct 24]; Available from: <https://acikerisim.sakarya.edu.tr/handle/20.500.12619/92522>

37. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2022 Oct 24];76(1):1–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/14760830260569210>
38. Hardt J, Sidor A, Nickel R, Kappis B, Petrak P, Egle UT. Childhood adversities and suicide attempts: A retrospective study. *Journal of Family Violence* [Internet]. 2008 Nov [cited 2022 Oct 24];23(8):713–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232031447_Childhood_Adversities_and_Suicide_Attempts_A_Retrospective_Study
39. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Neglect*. 30(10):1093–103, 2006.
40. Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW. Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics* [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2022 Oct 24];122(2):e298–304. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/122/2/e298/73098/Adverse-Childhood-Experiences-Predict-Earlier-Age>
41. Barber M, Sibert J. Diagnosing physical child abuse: the way forward, *Postgraduate Medical Journal*, 76(902): 743–749, 2000.
42. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(13): 231–240, 2010.
43. Koç F, Halıcıoğlu O, Akşit S. Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür?, *The Journal of Pediatric Research*, 1(1):1-5, 2014.
44. Kar, H., Dokgöz, H. Çocukta Fiziksel İstismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(3), 175-80, 2017.
45. Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. *Indian Journal of Dermatology Venereology Leprol*, 76(4):317, 2010.
46. Joyce T, Gossman W, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma. 2022 Sep 9 [cited 2022 Oct 26];(Cdc):1–17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499836/>
47. Lopez-Rico M, Lopez-Ibor Jr JJ. Diagnosis and Treatment of the Factitious Disorder on Another, Previously Called Münchausen Syndrome by Proxy. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, DOI:10.1007/s42399-019-00057-6, 2019.
48. Garbarino J, Garbarino A C. Emotional Maltreatment of Children, Second Edition | Office of Justice Programs [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/emotional-maltreatment-children-second-edition>
49. Baysal US. İhmal- istismar ve çocuk. In: Tüzün D, Hergüner S, editors. *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007.
50. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, et al. The incidence of severe

physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2002 [cited 2022 Oct 29];26(3):267–76. Available from: https://www.researchgate.net/publication/11358668_The_incidence_of_severe_physical_abuse_in_Wales

51. Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: A critical review. *Frontiers in Human Neuroscience*. Frontiers Media S. A.; 2012. p. 1–24.
52. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse Neglect* [Internet]. 2009 Jan [cited 2022 Oct 29];33(1):27. Available from: [/pmc/articles/PMC5576987/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19111111/)
53. Karatekin Ç, Sağlık Ü, Fakültesi B, Bölümü ÇG. Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi* [Internet]. 2018 Jun 29 [cited 2022 Oct 29];1(1):18–24. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/avrasyasbd/issue/37987/438877>
54. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339):1083–8, 2002.
55. Herman J. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror, Basic Books, New York, 2015.
56. Topçu S. *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı*, Doruk Yayıncılık, Ankara, 1997.
57. Beyazit U. Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye’de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelemesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 1,2015.
58. Bulut S. Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28):139-156,2007.
59. Kaplan S. Physical abuse and neglect. In: *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore; 1996.
60. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi, Evaluation of Child Abuse and Neglect, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Archives Medical Review Journal*, 22(4):591-614, 2013.
61. Kuşuoğlu S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Acil Bakım Kitabı*. Şelimen D. editor. Yüce Yayın Tavaslı Matbaası, İstanbul, 577-599, 2004.
62. Child Maltreatment [Internet]. [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
63. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Neglect*. 26(3):267–76, 2002.
64. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment?, *Pediatrics*, 91(3):642-648, 1993.

65. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
66. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Atik B, San P. Türkiye'nin 16 İlinde 4-12 Yaşlar Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna ilişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 1(1), 1991.
67. UNICEF. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması-Özet Raporu. [Internet]. [cited 2022 Nov 19] Available from: <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/turkiyede-cocuk-istismari-ve-aile-ici-siddet-arastirmasi-ozet-raporu-2010>
68. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T, Birinci Basamakta Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, 15(9);153-7, 2006.
69. Ayvaz M, Aksoy M. Çocuk istismarı ve ihmali: Ortopedik yönleri. *Acta Medica*, 35(1), 27–33, 2004.
70. Keskin G, Çam O. Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Bakış Açısı ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2);191-208, 2005.
71. Çocuk Bakım Kuruluşlarında Çalışan Personele Yönelik İstismar İle Mücadele-Rehber Kitapçığı, sf.23 [Internet]. [cited 2022 Nov 20] Available from: <https://www.aile.gov.tr/media/2499/cocuk-bakim-kuruluslarinda-calisan-personele-yonelik-istismarla-mucadele-rehber-kitapcigi.pdf>
72. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Neglect* 2020;102.
73. Ho FK, Celis-Morales C, Gray SR, Petermann-Rocha F, Petermann-Rocha F, Lyall D, et al. Child maltreatment and cardiovascular disease: Quantifying mediation pathways using UK Biobank. *BMC Medicine*. 2020;18(1).
74. Kiliçaslan F, Güngören S, Gökçeoğlu S, Ayaydin H. Şanlıurfa İlinde Görev Yapan Pediatri ve Çocuk Cerrahi Uzmanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Değerlendirilmesi Evaluation of Knowledge Levels and Attitudes of Pediatrics and Pediatric Surgery Specialists Working in Şanlıurfa Province on Child Abuse and Neglect, *Journal of Harran University Medical Faculty*. 2020;17(3):330–4.
75. Gölge Z, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 1(1):101–21, 2012.
76. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3):227–36, 2006.

77. 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.*;27(10):1161–78, 2003.
78. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması, *Türk Pediatri Arşivi*, 49(1);57-65, 2014.
79. Çetin E, Koç EM, Aksoy H. İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 30(1);9-17, 2021.
80. Tekin HH, Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 29(2):85–94, 2020.
81. Mavili A, Türker G. Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği. *Sosyal Çalışma Dergisi*; 6(1):41–58, 2022.
82. Canbaz S, Turla A, Pekşen Y, Aker S. Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 14(11):241–6, 2022.
83. Erol D. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2018.
84. 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 Negl.*; 22(3):159–69, 1998.
85. Theodore AD, Runyan DK. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. *Child Abuse Negl.*;30(12):1353–63, 2006.
86. Borres MP, Hägg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatrics International* 49(2):177–82, 2007.
87. Khan HMA, Mansoori N, Sohail MH. Child physical abuse: awareness and practices of medical and dental doctors in Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association* ;71(6):1704-1708, 2021.

88. Kaptan D, Kahriman İ, Kader Ş. The Levels of Information and Awareness About Child Abuse and Neglect of Doctors and Nurses Working in Pediatric Clinics. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*.;28(2):227–32, 2020.
89. Yükseler A. Malatya ilinde çalışan sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2020.
90. Kılıç Çüçen S, Tuzcular Vural EZ, Taşkın Egici M, Gönenç I. Kadın Hekimlerin Çocuk İstismar ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörler. 21. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi-Bildiri Kitabı, Ankara, 2022.
91. Kılıç B, Gemalmaz A. Birinci Basamak Hekimlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Durumu, 18. Aile Hekimliği Araştırma Günleri-Bildiri Kitabı, 2021.
92. Sarıyar A. Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Van, 2019.
93. Alsaleem SA, Alsaleem MA, Asiri AM, Alkhidhran SS, Alqahtani WSS, Alzahrani MS, et al. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary health care physician in Abha, Saudi Arabia, *Journal of Family Medicine and Primary Care*; 8(2):706-710, 2018.
94. Tirosh E, Shechter SO, Cohen A, Jaffe M. Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse Negl.*;27(8):929–37, 2003.
95. Açar A, Tekin U. Examining the Relationship Between Childhood Traumatic Experience Level and Awareness Towards Child Abuse Amongst Secondary Education Teachers. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1):10-24, 2018.