



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**SİVAS İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
AKTİF GÖREV YAPAN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE
İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Orhan BIYIKLIOĞLU
UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

SİVAS
2023



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**SİVAS İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
AKTİF GÖREV YAPAN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE
İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Orhan BIYIKLIOĞLU

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ

SİVAS

2023



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010/1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

ONAY SAYFASI

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Adli Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza**Üye Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ****Üye Prof. Dr. Hatice ÖZER****Üye Doç. Dr. Ayla UZUN ÇİÇEK**

Bu tez, 24/10/2023 tarih ve 2023/21 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet ALİM**Tıp Fakültesi Dekanı**

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her aşamada bana yardımcı olan, asistanlık sürecim boyunca da akademik tecrübelerini benimle paylaşan ve bana yol gösteren, güler yüzü ile ilgisini ve desteğini hiç esirgemeyen, meslek hayatım boyunca kendisini örnek alacağım sayın Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ'a,

Beraber çalışmaya ve tecrübelerinden faydalanmaya fırsat bulduğum, bizlere her zaman kapısı açık olan, babacanlığı ile kalbimizde yer edinen, kendisinden çok şey öğrendiğim sayın Doç. Dr. Celal BÜTÜN'e,

Asistanlık süreci boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlere aktarmayı eksik etmeyen anabilim dalımızın kıymetli profesörlerinden sayın Prof. Dr. Ali YILDIRIM'a,

Eğitimim boyunca her günümü beraber geçirdiğim, çalışırken keyif aldığım birbirinden kıymetli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde kendisinden güç aldığım, her kararında beni destekleyen, sonsuz sevgisini üzerimden hiç eksik etmeyen, yaptığı fedakarlıklar ve emeklerle hayatımın mimarı olan canım annem Necla BIYIKLIOĞLU'na,

Evladı olmaktan gurur duyduğum, büyük fedakarlıklarla emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman bizlerin iyiliğini düşünen canım babam Ayhan BIYIKLIOĞLU'na,

Kardeşi olduğum için şanslı hissettiğim, bana her zaman güven ve mutluluk veren, sevgi ve desteğini hep yanımda hissettiğim canım ablam Özlem ÖZPOLAT'a,

Asistanlık eğitim sürecinde hayatımıza giren ve bu sürecime neşe katan canım yeğenim Nehir ÖZPOLAT'a,

Öğrencilik ve meslek hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, her zaman beni güler yüzü ve sevgisiyle motive eden, karşılaştığım her zorlukta bana destek ve cesaret veren, hayatıma girdiği andan itibaren her anımı mutlu kılan sevgili eşim Melek BIYIKLIOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET
SİVAS İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE AKTİF
GÖREV YAPAN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
HAKKINDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Orhan BIYIKLIOĞLU

Adli Tıp Uzmanlık Tezi

Sivas, 2023

Çalışmamız Sivas ili merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) aktif olarak görev yapmakta olan, çocuk istismarı ve ihmalinin (ÇİVİ) tanısında, tedavisinde ve tekrarlanmasının önlenmesinde önemli role sahip olan hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin ve konuya yaklaşımlarının belirlenmesi, vaka ile karşılaşıldığında tanı konması ve istismara karşı alınacak önlemlere karşı duyarlılıklarının artırılması ve yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırma yapılarak ÇİVİ konusundaki bilgi düzeylerinde yıllar içerisindeki değişikliklerin ortaya konulması amacıyla yapıldı.

Araştırmanın evreni, Sivas ili merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan 27 ile 68 yaş aralığında olan 105 adet pratisyen aile hekimini ve aile hekimliği uzmanını kapsamaktadır. Tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmada katılımcılara Tanıtıcı Bilgi Formu ve Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) uygulandı. Verilerin toplanması anket yoluyla yüz yüze olarak gerçekleştirilmiş olup çalışma verilerinin analizi SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizler için frekans dağılımları ve yüzdeler hesaplandı. Ortalamalar standart sapma değerleri ile, ortancalar minimum-maksimum değerleri ile birlikte gösterildi. Gruplar arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uymadığından Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Üç ve daha fazla grup içeren karşılaştırmalar için gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile yapılan post-hoc değerlendirmede Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki korelasyon

ilişkisi Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar olarak kabul edildi.

Çalışmamıza 11'i aile hekimliği uzmanı, 94'ü pratisyen aile hekimi olmak üzere toplam 105 hekim katılmıştır. Hekimlerin %34,3'ü (n=36) kadın, %67,7'si (n=69) erkektir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %26,7'sinin (n=28) 40 yaş altı, %31,4'ünün (n=33) 40-49 yaş aralığı, %41,9'unun (n=44) 50 yaş ve üstü grupta olduğu görüldü. Medeni durumuna göre katılımcılarımızın %87,6'sı (n=92) evli, %12,4'ü (n=13) bekar. Çalışmamıza katılan hekimlerin %84,8'inin (n=89) çocuk sahibi olduğu, %15,2'sinin (n=16) çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır. Hekimlerin ünvanına göre ayırım yapıldığında %10,5'inin (n=11) aile hekimliği uzmanı, %89,5'nin pratisyen aile hekimi olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan hekimlerin %4,8'inin (n=5) 0-5 yıl hekimlik tecrübesi olduğu, %15,2'sinin (n=16) 6-10 yıl hekimlik tecrübesi olduğu, %13,3'ünün (n=14) 11-15 yıl hekimlik tecrübesi olduğu, %66,7'sinin (n=70) 16 yıl ve üstü hekimlik tecrübesi olduğu saptanmıştır. Katılımcı hekimlerin %71,4'ünün (n=75) mezuniyet öncesi eğitim aldığı, %73,4'ünün (n=77) mezun olduktan sonra eğitim aldığı tespit edilmiştir. Hekimlerden %75,2'si (n=79) ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim alması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin %40'ının (n=42) meslek hayatları boyunca ÇİVİ olgusuyla karşılaştığı saptanmıştır. Bu hekimlerin %76,2'sinin (n=32) son bir yıl içinde hiç olguyla karşılaşmadığı, %21,4'ünün (n=9) son bir yıl içinde 1-3 arası olgu ile karşılaştığı, %2,4'ünün (n=1) son bir yıl içerisinde olgu ile karşılaştığı belirtilmiştir. İstismarla karşılaşan hekimlerin en çok %61,9'unun (n=26) ihmal olgusuyla ve %57,1'inin (n=24) fiziksel istismarla karşılaştığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin en çok adli süreçte (%58,5) zorlandıkları tespit edilmiştir. Katılımcılarımızın %93,3'ü (n=98) ÇİVİ ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirtirken, bildirim yapan hekimlerin en çok %60,9'u (n=64) adli rapor düzenleyerek, %52,4'ünün (n=55) kolluk kuvvetine ulaşarak bildirim yapacağını belirtmiştir. Bildirim yapmak istemeyen 7 (yedi) hekimden, %57,1'inin (n=4) bildirim yaptıktan sonra çocuğun yaşamının daha kötü etkileneceğini düşündüğü için, %42,9'unun (n=3) adli süreçle uğraşmaktan çekindiği için, %42,9'unun (n= 3) yeterli bilgiye sahip olmadığı için, %28,6'sının (n=2) nereye bildirim yapacağını bilmediği için bildirim yapmayacağını belirtmiştir.

Yaptığımız çalışmada pratisyen aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarının ÇİVİ bilgi ve farkındalık düzeyleri incelenmiş, çalışmamızın bulguları incelendiğinde hekimlerin ÇİVİ hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak büyük bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için hekimlerin tıp eğitimi müfredatında ÇİVİ hakkında eğitimleri artırılmalı, mezuniyet sonrasında da verilecek eğitimlerle ÇİVİ farkındalık ve bilgi düzeyinin yükseltilmesi gerektiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Çocuk İstismarı, İhmal, Farkındalık, Bilgi.



ABSTRACT**EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND AWARENESS LEVELS OF
PHYSICIANS ACTIVELY WORKING IN FAMILY HEALTH CENTERS IN
SİVAS PROVINCE CENTER ABOUT CHILD ABUSE AND NEGLECT****Orhan BIYIKLIOĞLU M.D.****Forensic Medicine Speciality Thesis****Sivas, 2023**

The aim of our study was to determine the level of knowledge and approach of physicians who are actively working in family health centers in the center of Sivas province, who have an important role in the diagnosis, treatment and prevention of recurrence of child abuse and neglect (CAAN), to increase their sensitivity to the diagnosis and measures to be taken against abuse when the case is encountered, and to determine whether there is an increase in the level of knowledge about CAAN over the years by comparing with other studies.

The population of the study included 105 general practitioner family physicians and family medicine specialists between the ages of 27 and 68 working in family health centers in the center of Sivas province. It is a descriptive cross-sectional study. In the study, the participants were administered a Descriptive Information Form and a Scale for the Identification of Symptoms and Risks of CAAN. The data were collected face-to-face through a questionnaire and the data were analyzed using the SPSS 25.0 statistical package program. Frequency distributions and percentages were calculated for descriptive analyses, means were shown with standard deviation values and medians with minimum-maximum values. Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used to compare the scale scores between the groups because the data did not fit normal distribution. For comparisons involving three or more groups, the Dwass-Steel-Critchlow-Fligner test was used in the post-hoc evaluation to determine which group was statistically significant in intergroup comparisons. The correlation relationship between the scale scores was evaluated by Spearman correlation test. Statistical significance was accepted as a p value below 0,05.

A total of 105 physicians, including 11 family medicine specialists and 94 general practitioner family physicians, participated in our study. 34.3% (n=36) of the

physicians were female and 67.7% (n=69) were male. Of the physicians who participated in our study, 26.7% (n=28) were under the age of 40, 31.4% (n=33) were between the ages of 40-49, and 41.9% (n=44) were 50 years and older. According to marital status, 87.6% (n=92) of our participants were married and 12.4% (n=13) were single. Among the physicians who participated in our study, 84.8% (n=89) had children, while 15.2% (n=16) did not have children. When the physicians were differentiated according to their titles, 10.5% (n=11) were family medicine specialists and 89.5% were general practitioner family physicians. It was found that 4.8% (n=5) of the participating physicians had 0-5 years of medical experience, 15.2% (n=16) had 6-10 years of medical experience, 13.3% (n=14) had 11-15 years of medical experience, and 66.7% (n=70) had 16 or more years of medical experience. It was determined that 71.4% (n=75) of the participating physicians received training before graduation, and 73.4% (n=77) received training after graduation. 75.2% (n=79) of the physicians stated that they should receive more training about CAAN. It was found that 40% (n=42) of the physicians had encountered a case of CAAN during their professional life. It was stated that 76.2% (n=32) of these physicians had never encountered a case in the last year, 21.4% (n=9) had encountered 1-3 cases in the last year, and 2.4% (n=1) had encountered a case in the last year. It was found that 61.9% (n=26) physicians mostly encountered neglect cases and 57.1% (n=24) physical abuse. It was determined that the physicians who participated in our study had the most difficulty in the judicial process (58.5%). While 93.3% (n=98) of our participants stated that they would make a notification when they encountered CAAN, 60.9% (n=64) of the physicians who made a notification stated that they would make a notification by preparing a forensic report and 52.4% (n=55) by contacting law enforcement. Among the physicians who did not want to report (n=7), 57.1% (n=4) stated that they would not report because they thought that the child's life would be affected worse after reporting, 42.9% (n=3) because they were afraid of dealing with the judicial process, 42.9% (n=3) because they did not have enough information, and 28.6% (n=2) because they did not know where to report.

In our study, the knowledge and awareness levels of general practitioner family physicians and family medicine specialists about CAAN were examined, and when the findings of our study were analyzed, it was found that the level of knowledge and

awareness of physicians about CAAN was insufficient. In conclusion, it was determined that in order to prevent CAAN, which is a major public health problem, physicians should be given more education about CAAN in the medical education curriculum, and the level of awareness and knowledge of CAAN should be increased with the trainings to be given after graduation.

Key Words: Physician, Child Abuse, Neglect, Knowledge, Awareness.



İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk	3
2.2. Dünyada Çocuk Haklarının Gelişmesindeki Önemli Gelişmeler	3
2.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı	4
2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihçesi	5
2.5. Epidemiyoloji	6
2.6. Çocuk İstismarında Rol Oynayan Faktörler	7
2.7. Çocuk İstismar Tipleri	8
2.7.1. Fiziksel İstismar	8
2.7.2. Cinsel İstismar	13
2.7.3. Duygusal İstismar	18
2.7.4. Ekonomik İstismar	20
2.7.5. İhmal	20
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi	22
2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu	23
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	24
3.1. Araştırmanın Türü	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	24
3.5. Araştırmanın Etik Onayı ve İzinler	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26

4.BULGULAR	xi 27
5.TARTIŞMA	51
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	59
6.1. Sonuçlar	59
6.2. Öneriler	60
7.KAYNAKLAR	62
8.ÖZGEÇMİŞ	69
9.EKLER	70



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

CAAN: Child Abuse and Neglect

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek

ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler

ÇİVİ: Çocuk İstismarı ve İhmali

İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri

İİÇDB: Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler

İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri

İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NCAAN: Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNİCEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLOLAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihlali ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 3. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarının dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyetleri ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 5. Katılımcıların yaş grupları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 7. Katılımcıların çocuğa sahip durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 8. Katılımcıların ünvanı ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 9. Katılımcıların hekimlik tecrübeleri ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 10. Katılımcıların tıp eğitiminde çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 11. Katılımcıların mezun olduktan sonra çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 12. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla eğitim alma istekleri ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 13. Katılımcıların daha önce çocuk istismarı veya ihmali vakası ile karşılaşma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 14. Katılımcıların çocuk istismarı veya ihmali vakası ile karşılaştığında en çok zorlayan kısım ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 15, 16, 17, 18, 19, 20. Katılımcıların çocuk istismarı veya ihmali şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

Tablo 21. ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarının arasındaki korelasyon ilişkisi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihinde çocuk kavramı, toplumun inanışlarına, yönetim şekillerine, kültürel yapılara ve toplumun ekonomik durumuna göre zaman içerisinde değişkenlik göstermiştir. Birleşmiş Milletler (BM)'in Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)'ne göre, daha erken yaşta reşit olma durumu dışında, on sekiz yaşına kadar her bireyin çocuk sayıldığı belirtilmiştir (1). Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 6. maddesinde de çocuk deyimi; henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi olarak tanımlanır (2).

Çocukluk, insanoğlunun gelişim süreci boyunca en savunmasız ve en özel olduğu dönemdir (3). Bu uzun süren bakım sürecinde bazen aile bireyleri ve/veya çocuğa bakmakla yükümlü olan kişiler olarak isteyerek veya istemsiz çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve bu çocuklar üzerinde hayatlarını etkileyecek düzeyde kalıcı hasarlar kalabilmektedir (4).

ÇİVİ, çocukların ebeveynleri, öğretmenleri, çocuklara bakmakla ve eğitmekle yükümlü bakıcıları, koruyucu aile bireyleri ile vasileri tarafından yapılan; fiziksel, ruhsal, cinsel ya da zihnen gelişimlerinin olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışların tamamına denir. Bu tutum ve davranışların çocuk tarafından algılanması ya da yetişkin birey tarafından kasıtlı yapılması şart değildir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2020 yılında paylaştığı rapora göre, 2-17 yaşları arasındaki bir milyara yakın çocuğun istismar ve ihmale uğradığı belirtilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin paylaştığı verilere göre suç mağduru olarak gelen 206 bin 498 çocuğun %57,6'sı yaralama, %15,2'si cinsel suçlar, %11,0'ı aile düzenine karşı suçlardan mağdur olarak güvenlik birimlerine başvurmuştur (6). Yılmaz Irmak ve arkadaşlarının 12-17 yaş arasındaki 1.607 sayıda ergenle gerçekleştirmiş oldukları bir çalışmada fiziksel istismar oranı %48, ihmal oranı %17 ve cinsel istismar oranı %8 olarak bulunmuştur (7). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuk istismarı ve ihmalinin küçümsenmeyecek oranlarda olduğu, bu alanda daha fazla çalışmalar yapılmasına ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Sağlık çalışanları ÇİVİ tanı ve tedavi sürecinde çok önemli bir yere sahiptir. İstismarı işaret eden hafif bulgular gözden kaçırıldığında ve/veya bildirimi yapılmadığında, hayati tehlikeye neden olabilecek sonuçlarla karşılaşılabilir (8). Ülkemizde ÇİVİ hakkında yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması, tıp eğitimi süresince ve mezuniyet sonrası dönemde bu konudaki eğitimlere gereken önemin

yeterince verilmemesi başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık camiasında bilgi ve tecrübe eksikliklerine neden olmaktadır. Tüm bu sebepler göz önüne alındığında sağlık kuruluşlarına gelen bu olguların gözden kaçması kaçınılmaz olmuştur (9).

Sağlık çalışanlarının ÇİVİ hakkında halkı bilgilendirmesi, istismar ve ihmalin tanısını koyması ve bu durumun adli makamlara bildirilmesi meslek hayatındaki önemli görevlerindendir. Bu sebeple konu hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli düzeyde olması önem arz etmektedir (8).

ASM’lerde sağlık hizmetlerinin sürekliliği sebebiyle istismar ve ihmali tanıma ve riski değerlendirmede tüm hekimlere ve özellikle birinci basamak hekimlerine büyük bir görev düşmektedir. Bu çalışmadaki amacımız aile sağlığı merkezlerinde aktif olarak görev yapan hekimlerin ÇİVİ hakkındaki farkındalıklarının arttırılması ile konuya olan yaklaşımlarının belirlenmesidir. Mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde ihtiyaç duyulan eğitim çalışmalarının düzenlenmesine katkıda bulunulması, hekimlerin tanı koyma ve önleme sürecindeki duyarlılıklarının arttırılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Çocuk

Çocuk kavramı tarihsel süreçte çeşitli toplumların kültürlerine, inanç biçimlerine, ekonomilerine, yönetim şekillerine göre değişkenlik göstermiştir. Bu tarihsel süreçte çocukluk dönemi, bütün canlılar içerisinde bakımı en uzun süren ve en yüksek özen gerektiren dönem olma özelliğini korumuş ve koruyacaktır (10).

1989 yılında kabul edilen ÇHS'ye göre, "Ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır" şeklinde tanımlanmıştır (1). Ülkemizde TCK'ya (5237 sayılı) göre çocuk kavramı, "18 yaşını doldurmamış kişi" olarak tanımlanmaktadır (2).

2.2 Dünyada Çocuk Haklarının Gelişmesindeki Önemli Gelişmeler

Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (26 Eylül 1924)

Bütün dünyada yıkıcı etkileri olan ve binlerce çocuğun ölümüne veya yaralanmasına neden olan 1. Dünya Savaşı'nın bitiminden birkaç sene sonra 1920 yılında Cenevre'de "Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği" adıyla bir örgüt kurulmuştur. Bu örgüt 1923 yılında "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi"ni yayınlamıştır. Bir sene sonra 1924 yılında Milletler Cemiyeti, bu bildirgeyi kabul etmiş ve yayınlamıştır.

Bu bildirge, içeriğinde çocuğun gelişmesi, eğitilmesi, korunması, barış ve kardeşlik ruhu içerisinde yetiştirilmesi ilkelerini içeren beş madde bulundurmaktadır (11).

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (10 Aralık 1948)

BM Genel Kurulu 10 Aralık 1948 tarihinde İnsan Hakları Evrensel Bildirisini kabul etmiştir. Bu bildiride çocuk-erişkin ayrımı yapılmaksızın insan haklarına yer verilmiştir. Bildirinin 25. maddesinin 2. fıkrasında çocuğun annelik ve çocukluk çağının gereksinimi olan özel ihtimam ve yardım görme hakkının olduğundan ve tüm çocukların, aynı sosyal korunmadan faydalanması gerektiğinden bahsedilmiştir (12).

Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (20 Kasım 1989)

Gelişen bu süreçte çocuk haklarının da evrensel bağlayıcılığı olan bir sözleşme ile güvence altına alınması için BM Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde

Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi kabul edilerek 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye de 14 Eylül 1990 tarihinde imzalayarak bu sözleşmeyi kabul eden ilk devletler arasında yerini almıştır (13).

Sözleşmede üç bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde, 18 yaşın altındaki bireylerin çocuk olarak sayılması gerektiği ve çocukların sahip oldukları haklar ile devletin bu hakları gerçekleştirmek için yapması gereken görevlerden bahsedilmiştir (Madde 1-41). İkinci kısımda, bu hakların sözleşme imzalayan devletler tarafından tüm insanlara gerekli ve uygun araçlarla öğretilmesi sorumluluğundan bahsedilmiştir (Madde 42). Üçüncü kısımda sözleşmeye uyulması ve yürürlüğe girmesi konuları hakkında bahsedilmiştir (Madde 43-54) (1).

Bu sözleşme, çocuklara yönelik tutum ve davranışlara ilişkin evrensel standartları derleyerek tek çatı altında toplayan ve çocuk haklarını korumada bağlayıcı nitelikte olan ilk belge özelliğini taşımaktadır. Sağlık, yaşam ve eğitim gibi sahalarda çocukları koruyacak standartları belirlemenin yanında bu sözleşme, ev-iş yeri, savaş-barış dönemleri fark etmeksizin, fiziksel ve/veya cinsel nitelikte olanlar da dâhil olmak üzere, şiddet ve istismarın tüm türlerine karşı çocukları geniş kapsamlı koruma getirmeyi amaçlamaktadır (13,14).

2.3 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımı kurumlarca ve kişilerce birbirinden farklı olarak ele alınabilmektedir. DSÖ'ye göre; çocuk istismarının, çocuğun fiziksel ve psikososyal sağlık ve gelişimine, güven duygusuna, becerilerle ilgili değerlerine, genel olarak yaşamına zarar veren davranışlar bütünü olarak tanımlanmıştır (15).

Türk Dil Kurumu'na göre istismarın tanımı, “birinin niyetinin kötüye kullanma, sömürme” olarak belirtilirken, ihmalin tanımı, “gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, önem vermeme” olarak tanımlanmaktadır (16).

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (NCCAN) çocuk istismarını tanımlarken çocuk ve yetişkin arasındaki temas ve ilişki, o yetişkinin ya da başka birinin cinsel arzusu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edileceğini ve cinsel istismarın başka bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin fiziksel bir gücü ya da psikolojik kontrolü söz konusu ise ya da belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleşebileceğini belirtmiştir (17).

ÇİVİ genel bir tanımlama ile yetişkin tarafından çocuğun yaşadığı kültürde kabul görmeyen bir davranışa maruz kalması ve sağlıklı gelişimi için gereken fiziki ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanabilir. Bahsedilen bu davranışlar toplumdan topluma farklı anlamlar ifade edebilir (18).

2.4 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihçesi

ÇİVİ, bilinen insanlık tarihinin başlangıcından itibaren günümüze ulaşan bazı kaynaklarda görülmektedir, ancak son yüzyılda gelişen insan hakları ve çocuk kavramları bu konuyu çok daha önemli hale getirmiştir.

Eski dönemlerde istenmeyen, sağlıklı olmayan veya evlilik dışı olan bebeklerin hor görülerek ölüme terkedildiği ya da kasıtlı olarak öldürüldüğü bilinmektedir. Arkaik ve Klasik Roma döneminde doğan çocukların sağlam olması şartıyla kabullendiği ve bakıldığı, aksi takdirde ölüme terkedildiği kayıtlarda karşımıza çıkmaktadır (19). Çin’de kız çocukları eve gelir getirecek işlerde katkısının olmayacağı düşüncesiyle satılmaktaydı veya öldürülmekteydi. Kız çocuklarının bazı İslam ülkelerinde, Hindistan ve Avustralya’da küçük yaşta evlendirilmeleri de çocuk istismarının örneklerindendir (20).

1800’lerde çocuk hakları kavramı konusunda bir aydınlanma dönemi başlamış olup, Charles Dickens’in ve Victor Hugo’nun romanlarında bu konulara değinilmiştir. 1860 yılında ise Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından literatüre geçen ilk çocuk istismarı tanımlaması yapılmıştır. Tardieu, dövülerek öldürülmüş çocuklarda otopsi yapmış ve sonuçları derlemiştir (21).

1946 yılında Caffey uzun kemik veya kosta kırıklar ile subdural hematomun çocuk istismarı ile ilişkisini vurgulaması ve ilk kez 1962 yılında Kempe tarafından tanımlanan hırpalanmış çocuk sendromu (Battered Child Syndrome) terimini kullanması çocuk istismarı farkındalığının 20. yüzyıldaki önemli gelişmelerinden olmuştur (22).

BM tarafından 1989 yılında imzalanan “Çocuk Hakları Sözleşmesi” bu gelişmeler içerisinde en önemli olanıdır. Bu sözleşmenin 19. maddesinde çocuğun, bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından gerçekleştirilen her türlü kötü muameleye karşı korunmasının, sözleşmeyi imzalayan devletlerin sorumluluğunda olması koşulu getirilmiştir (1).

2.5 Epidemiyoloji

ÇİVİ dil, din, ırk, coğrafya ayırt etmeden dünyanın her yerinde rastlanan ve büyük bir halk sağlığı sorunu ve insanlık suçudur. Yapılan çalışmaların sonuçları bu büyük sorunun yalnızca buzdağının görünen kısmını göstermektedir. Bu konu ile ilgili duyarlılıkların ve bilinçlerin artırılması ile zaman içinde raporlanan rakamlar artmaktadır.

Kuzey Amerika’da yapılmış derleme türündeki bir makalede 16 çalışma incelenmiş ve cinsel istismar sıklığının kadınlarda %16,8 iken, erkeklerde %7,9 olduğu belirtilmiştir (23). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada gibi gelişmiş ülkelerin katıldığı en az 19 ülkenin de içinde olduğu bir çalışma sonuçlarını aktaran makalede çocuk istismarının kadınlar için %7-36 aralığında, erkekler için ise %3-29 aralığında olduğu bildirilmiştir. Yine aynı makalede kadınların 1,5-3 kat daha fazla istismara uğradığından bahsedilmiştir (24).

Benbenishty ve ark. tarafından 2001 yılında 71 okulda 5.742 ilköğrencisiyle İsrail’de yapılan bir çalışmada öğrencilerin %29,1’inin duygusal istismara, %22,2’sinin fiziksel istismara uğradığı belirlenmiştir (25). Cristoffersen ve Depanfilis tarafından 2009 yılında 900 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan çocukların %12’sinde fiziksel istismar bulgularına, %38’inde ihmale dair bulgulara, yaklaşık %33’ünde ise psikolojik istismarın bulgularına rastlandığı belirtilmiştir (26). Lau ve ark. tarafından 2000 yılında Hong Kong’daki 10 okulu kapsayan yaş aralığı 13 ile 15 arası olan 489 çocuk üzerinde yapılan çalışmada, katılan çocukların %15,1’inin aile bireyleri tarafından fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir (27).

DSÖ verilerine göre 2000 yılında dünya çapında 15 yaşından küçük 57.000 çocuğun istismar sebebiyle hayatını kaybettiği düşünülmektedir. Dört yaş altındaki çocukların daha büyük çocuklara göre ölüm riskinin iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde beş yaşın altındaki çocuk istismarı nedeni ile yaşamını yitiren çocukların oranı 2,2/100.000 iken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oranın 6,1/100.000 olduğu belirtilmiştir. Bu ölümlerin en fazla görüldüğü Afrika bölgesinde oranın 17,6/100.000 olduğu, tüm bu bilgilerle birlikte çoğu ülkede postmortem incelemelerin rutin olarak yapılamadığı için kesin insidans rakamları vermenin mümkün olmadığı belirtilmiştir (28).

Ülkemizde yapılan çalışmalardan, 2008 yılında Yılmaz Irmak'ın yaptığı 12-17 yaş arasındaki çocuklarla yaptığı araştırmasında fiziksel istismar oranının %48, ihmal oranının %17 ve cinsel istismar oranının %8 olduğu saptanmıştır (7). Alikasifoglu ve ark. tarafından İstanbul'da 2002 ile 2005 yılları arasında 26 okulda lise 1 ve 3. sınıflarda okuyan, 1.955 kız öğrencisinde yaptığı bir anket çalışmasında, çalışmaya katılan çocuklarda fiziksel istismara uğrama sıklığının %30-35, cinsel istismara uğrama sıklığının ise %13 olduğu saptanmıştır (29). Kaynar ve ark. tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada, öğrencilerin %60,1'inin çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır (30). Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun UNICEF'in önerileriyle 2008 yılında 7-18 yaş grubundaki çocuklarda yaptığı araştırmada, incelenen çocukların son bir yıl içerisinde uğradıkları ihmal ve istismar değerlendirilmiştir. Her dört çocukta birinin ihmale maruz kaldığı, her iki çocukta birinin ise duygusal istismar olarak değerlendirilen istenmeyen davranışlara maruz kaldığı saptanmıştır. Fiziksel istismara maruz kalanların oranı ise %45, cinsel istismara uğradığını belirtenlerin oranı ise %3 olarak bulunmuştur (31).

2.6 Çocuk İstismarında Rol Oynayan Faktörler

Çocuk istismarı birçok faktörün karmaşık bir etkileşim içerisinde bir araya gelmesinin sonucudur. Risk faktörü olarak adlandırılacak unsurlar, istismar olasılığını artırır. Dünya çapında yüksek çocuk istismarı düzeylerini yeterince açıklayabilecek tek bir faktör yoktur. Çocuk istismarı kişisel, kültürel ve sosyal faktörlerin karmaşık bir birleşiminden kaynaklanmaktadır (32). Bu faktörler, çocuğa bağlı faktörler, ebeveyne ait faktörler, zamansal faktörler ve kültürel faktörler olarak ana başlıklarda toplanabilir.

Çocuğa Bağlı Faktörler:

Çocuğun mental veya gelişimsel geriliğinin olması, hiperaktivite ve davranış bozuklukları gibi ruh sağlığı problemlerinin olması, çeşitli tıbbi ihtiyaçlara sahip olması, çocuk istismarı ve ihmaline maruz kalması açısından çocuk için yüksek risk oluşturacak ortak özelliklerindendir. Aynı şekilde çocuğun ebeveynleri tarafından istenilen cinsiyette ya da yönelimde olmaması, istenmeyen bir gebelik sonucu olması, yakın yaş gurubunda kardeşlerinin olması da çocuğun istismara maruz kalması için risk faktörlerindendir (3).

Ebeveyne Bağlı Faktörler:

ÇİVİ yüksek oranda çocuğun yakın çevresindeki yetişkinler tarafından ve sıklıkla da çocuğa bakma yükümlülüğü olanlar tarafından uygulanmaktadır. Anne ve babalar tüm etnik, dini ve mesleki çevrelerde istismar uygulayıcısı olarak görülmekle birlikte sosyoekonomik durum ile eğitim seviyesinin düşüklüğü, görülme sıklığını artırmaktadır (15,33).

Babanın işsiz olması ve evde olması ile birlikte gerekenden fazla zaman geçiriyor olması, babanın alkol-madde bağımlılığı, eşine karşı şiddet eğilimli olması, çocukluk döneminde kendisinin de istismar edilmiş olması çocuğun istismar edilme riskini artırmaktadır (34).

Zamana Bağlı Faktörler:

Ebeveynlerinin ekonomik olarak kötü durumda olduğu, ruh sağlığı açısından sağlıklı olmadığı veya ebeveynlerden herhangi bir nedenden dolayı olmadığı zaman dilimlerinde ÇİVİ daha sık görülebilmektedir (3).

Kültürel Faktörler:

Çocuğun yaşadığı toplumun kültürel yapısı, uğramış olduğu istismarı normalleştirebilmesine ya da en az zararlı halindeyken fark edilmesine neden olabilir. Bir toplumda çocuğun dövülmesi, örselenmesi hayatın içinden bir davranış olarak karşılanabilirken, başka bir toplumda yabancı birinin çocuğun başını okşaması dahi istismar olarak değerlendirilebilir (35).

2.7 Çocuk İstismarının Tipleri

Çocuk istismarı beş temel grupta incelenmektedir.

1. Fiziksel istismar,
2. Cinsel istismar,
3. Duygusal istismar,
4. Ekonomik istismar
5. İhmal

2.7.1 Fiziksel İstismar

İstismar türleri arasında fark edilmesi daha kolay olduğu için tanı konulması en kolay türdür. Kabaca fiziksel istismar çocuğun kaza dışı nedenlerle yaralanması

olarak tanımlanabilir. Fiziksel istismarda çocuğun ebeveynleri veya bakımını sağlayan bir başka kişi tarafından sağlığına zarar gelecek şekilde fiziksel hasara uğraması, yaralanma hatta daha ileri seviyelerde ölüm riski bulunmaktadır (36).

Fiziksel istismar uygulayıcısı tarafından çocuk üzerindeki itaatini sağlama, cezalandırma veya öfkelerini çıkartma amacıyla sıklıkla elle veya aletle vurarak, iteleyerek, sarsarak, ısırarak ya da yakarak uygulanır (37).

Sağlık çalışanları fiziksel istismar vakalarıyla en sık karşılaşan meslek gurubu olduğu için fiziksel istismarı düşündürecek bulgu ve öykülere dikkat etmelidir. Çocuk muayeneye getirildiğinde sağlık kuruluşuna başvurulmasında sebepsiz bir gecikme, daha önce aynı tarz başvurularının olması, ebeveyn ya da bakmakla yükümlü olanların aşırı ilgisiz veya çok ilgili tutumları, çocuğun maruz kaldığı yaralanmasından çocuğu veya bir başkasını sorumlu tutma, çocuğun öyküde ebeveyn ya da bakmakla yükümlü kişiyi suçlaması, yapılan muayene ile tutarsız öykünün olması akla fiziksel istismarı düşündürmelidir (38).

Fiziksel istismarın karakteristik özelliği, başvuruda ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği açıklanamayan ya da söylenilen hikayeye uyuşmayan morarmalardır. Yaralanma ile gelen çocuklarda mutlaka fiziksel istismar ihtimali düşünülmelidir (39). Çocuğun muayenesinde farklı iyileşme evrelerindeki ekimozlar, genital bölgesindeki morluklar, kalçadaki yanıklar, ısırık izleri, sigara yanığı, künt karın travmaları, sefal hematoma, subperiosteal kanama, göz dibinde kanamalar, ekstremitelerin metafizlerinde parçalanma veya spiral kırıklar görülmesi sağlık çalışanını fiziksel istismar açısından düşündürmelidir (40).

Uygulanma şekillerine göre fiziksel istismar iki grup altında incelenmektedir:

1. Aletsiz Saldırıları: Herhangi bir alet kullanmadan yapılan saldırılardır. Tokat, itip-kakma, sarsma, tekmeleme, yumruklama ve çimdikleme bunlara örnek olarak verilebilir.

2. Aletli Saldırıları: Saldırıların bir alet kullanılarak gerçekleştirildiği fiziksel istismarlardır. Kemer, hortum, sigara, ütü, sıcak su ve yiyecek, herhangi bir ev eşyası buna örnek verilebilir (8).

Fiziksel İstismarda Görülen Genel Klinik Bulgular

Fiziksel istismar olgularında uygulanan şiddetin özelliğine ve türüne göre hiçbir iz oluşmayabilir. Fakat şiddetin boyutu arttığında vücutta pek çok sistem ve organda bulgular görülebilmektedir.

A-Fiziksel istismarda görülebilecek deri bulguları:

1- Isırık izleri: Vücutta insan ısırık izleri genellikle istismar bulgusudur. Isırık izleri hem önemli bir bulgu hem de adli delil niteliğindedir (41). Bulunan bir ısırık izinde iki köpek dişinin ciltte bıraktığı izler arası 3-4,5 cm aralığında olması bir erişkine ait olabileceği, 2,5-3 cm aralığında olması bir çocuk ya da ergene ait olabileceği, 2,5 cm altında olması yine bir çocuğa ait olabileceğini düşündürür (42). Isırık izleri bebeklerde ve çocuklarda farklı amaçlarla uygulanmış olarak görülebilir. Bebeklerde daha çok cezalandırma amacıyla, daha büyük çocuklarda ise cinsel amaçlı ve saldırıya bağlı olarak görülebilir.

2- Sıyrıklar: Kaza veya küçük çocuklarda oynarken düşmelere bağlı gelişen sıyrıklar genellikle çocuğun düşerken kendini koruma iç güdüsüyle yere temas eden ilk yerleri olan diz ve dirseklerde görülür. Göğsün yan kısmı, ön karın, yüz, kulaklar ve boyunda sıyrıkların görülmesi istismar olasılığını düşündürmelidir.

3- Ekimozlar: Fiziksel istismara maruz kalmış bir çocuğun fizik muayenesinde en sık karşılaşılan deri bulgusu ekimozdur. Vücutta birden fazla ekimozun varlığı durumunda ekimozların yaşlarının belirlenmesi istismar için önemli bir bulgudur. Ekimozlar iyileşme sırasına göre kırmızı, mavi-mor, yeşil, sarı, kahverengi renk değişimi gösterebilmektedir (43).

İstismara bağlı gelişen ekimozlar en sık kol ve bacak çevresinde, bilek ve ön kol ile kolun üst kısmında, uylukta ve küçük bebeklerde ayak bileği çevresinde görülür.

4- Yanıklar: Bildirilen çocuk istismarı olgularında %10-20'sinde yanık saptanmaktadır. Yapılan bir çalışmada bir yanık ünitesinde tedavi gören olguların %25'ine ÇİVİ tanısı konduğu dikkat çekilmiştir(44).

Kaza ve istismara bağlı oluşan yanıklar arasında bazı farkların bilinmesi, istismar tanısı konulmasında önemlidir. Genellikle kazaya bağlı yanıklarda asimetric ve düzensiz yerleşim gösterdiği gibi farklı derecelerle beraber gözükabilir. İstismara bağlı en sık kullanılan yöntem olan çocuğun sıcak suya daldırılması olayında ise yanıklar genelde seviye verir, simetrik ve aynı derecededir. İstismara uğrayan

mağdur kendini korumak için yaptığı fleksiyon sonucu katlantı yerleri genellikle korunmuş bulunur. Küçük çocuklarda ve bebeklerde en sık alt bedende gözüktür (41). İstismar amacıyla oluşan yanıklar genellikle üç yaş ve daha büyük çocuklarda gözüktürken, kaza sonucu gerçekleşen yanıklar en sık iki yaşından küçük çocuklarda görülür.

Yanıklar sıcak su veya içecek ile haşlanma olarak görülebilir. Bu tarz yanıklara büller ve erezyonlar eşlik edebilir. Sıcak nesnelerin teması ile temas yanıkları oluşabilir. Bu lezyonlarda sınırları belli olan ve kullanılan nesnenin şeklini alabilen kuru bir yanık bulgusu bulunabilir. Çocuğun bir sıcak zeminde sürüklenmesine bağlı oluşan yanıklara ise friksiyon yanıkları denmektedir. Kimyasal yanıklarda deri renk değişebildiği gibi, çeşitli derecelerde yanıklar oluşabilmektedir.

B-Fiziksel istismarda görülebilecek iskelet sistemi bulguları:

Kaza ile oluşma olasılığı düşük olan posterior kosta kırıkları, skapula kırığı, vertebra spinöz proçes kırığı, sternum kırığı ve bebeklerde istismarı düşündürten radyolojik bulgu olan kova sapı kırığı veya köşe kırığı şeklinde de adlandırılan metafizyel kırıklar istismar şüphesi açısından önemli bulgulardır.

Kişide yeni kırığa eşlik eden eski iyileşmiş kırıkların olması, kırığın anlatılan öykü ile uyumsuz olması istismar lehine değerlendirilmez (45).

C-Fiziksel istismarda görülebilecek iç organ yaralanmaları:

İç organ yaralanmaları sıklıkla künt travmaya bağlı karın bölgesinde görülmektedir. Genellikle tekme gibi doğrudan darbe ile oluşurlar. Karın içerisinde en çok yer kapladığı için en sık yaralanan organ karaciğerdir. İnce barsaklardan duodenum ve jejunumda sıklıkla hasarlar oluşabilmektedir. Hayati tehlikesi olan yaralanmalar olduğu için kafa travmalarından sonra ölüme sebebiyet veren ikinci yaralanmalardır.

D-Fiziksel istismarda görülebilecek santral sinir sistemi yaralanmaları:

Fiziksel istismara bağlı oluşan kafa travmaları mortalitesi en yüksek olan yaralanmalardır. Bu travmalarda subdural ve subaraknoid kanamalar sıklıkla görülür. Bebeklerde sallamaya bağlı kafa içi lezyonlar görülebilir. 2-6 aylık çocuklarda kafa travması nedeniyle hastane başvurularında çocuk istismarı olasılığı çok yüksektir (46).

E-Fiziksel istismarda görülebilecek göz lezyonları:

Fiziksel istismar sonucu gelişen göz yaralanmaları göz çevresinde basit bir ödem gibi karşımıza gelebileceği gibi göz kaybına dahi neden olabilecek göz küresinin parçalanması şeklinde ağır formlarda da gelebilir. Fiziksel istismara maruz kalmış çocuklarda göz bulguları %40 oranında karşımıza çıkabilmektedir. Bu sebeple fiziksel istismardan şüphelenilen olgularda göz muayenesinin dikkatli yapılması önem taşımaktadır. Retinal kanamalar sarsılmış bebek sendromunda sık görülen bir bulgudur. Göz dibinde kanamaların dışında fiziksel istismar sonucu periorbital ekimoz, travmatik katarakt veya lens dislokasyonu, subkonjuktival kanama, optik sinir yaralanması, şaşılık gibi bulgular görülebilmektedir (13).

Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Çocuğa karşı uygulanan fiziksel istismarın en ağır formlarından olan bu sendrom, çoğunlukla iki yaş altında görülmekle beraber beş yaşına kadar olabileceği literatürde bildirilmektedir. 1971 yılında Guthkelch ilk kez çocuğun başının kamçı hareketine bağlı köprü venlerdeki yırtılma sonucu gelişen subdural kanamalar oluşabildiğini bildirdikten bir yıl sonra Caffey tarafından tanımlanan bulgular bütünü için kullanılan “Whiplash Shaken Infant Sendrom” terimi yerine, “Sarsılmış Bebek Sendromu” (Shaken Baby Syndrome) terimi günümüzde daha sık kullanılmaktadır. İstismarı uygulayanların sıklıkla baba, erkek arkadaş ve bakıcı oldukları görülmektedir. Genellikle çocuğun bakımında sabırsız ve tecrübesiz biri tarafından uzun ağlamaları sonucu sert bir şekilde başın kamçı şeklinde hareketine neden olacak şekilde sallanması sonucu oluşur (47).

Sarsılmış Bebek Sendromu, fiziksel istismara bağlı gelişen kafa travmalarında en sık görülen biçimdir. Subdural kanama, retinal kanama ve yaygın beyin hasarı bu sendromun tipik bulguları olup uzun kemiklerde metafiz kırıkları ve posterior kosta kırıkları da eşlik edebilmektedir (47).

Bu şekilde fiziksel istismara uğramış bir çocuk, acil sağlık kuruluşuna sıklıkla ani gelişen solunum yetmezliği ile gelir ve genellikle aileden konu hakkında bilgi alınamaz. Çocukta konvülsiyonlar ve kafa içi basınç artışı bulguları görülebileceği gibi daha ağır tablolarda koma gözükabilir. Sarsılmış bebek sendromunda ölüm oranı %20-25'lere kadar çıkabilmektedir. Ölüm oranı, sağlık kuruluşuna koma halinde gelen çocuklarda %60'lara kadar çıkabilmektedir. Ölüm gerçekleşmeyen olgularda ağır

motor fonksiyon bozukluğu, spastik quadripleji veya ağır mental bozukluk gibi tablolar gelişebilir (8).

Munchausen By Proxy Sendromu

1951 yılında Richard Asher erişkinlerde, kişinin mevcut olmayan semptomlar veya gerçeğe uymayan tıbbi öyküyle başvurmayı Munchausen Sendromu olarak tanımlamıştır. Bu şekilde gelen hastalarda sıklıkla ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, döküntü gibi bulgular veya laboratuvar testlerini kandırmaya yönelik tetkiklerin kontamine edilmesi, kanama bozukluğu gibi göstermek amacıyla antikoagülan kullanımı, hipoglisemi gibi göstermek amacıyla insulin kullanımı olabilmektedir (48).

1977 yılında ise Munchausen Sendromundaki davranışların erişkinler tarafından çocuklara karşı uygulanmasını Meadow, Munchausen By Proxy olarak tanımlamıştır. Çocuk istismarı türleri arasında çok özel ve ağır bir formdur. Ebevyn veya bakıcı tarafından, özellikle sağlık konuları hakkında bilgi sahibi olan anne tarafından tekrarlayıcı nitelikte çocukta olmayan belirtiler söyleyerek çok sayıda sağlık merkezine başvurusuna, gereksiz tıbbi incelemelere ve tedavilere maruz kalmasına neden olmaktadır. Sıklıkla çocuğa ilaç verilerek veya boğmak şekliyle karşılaşılmaktadır. Apne, kusma, ishal, bilinç bozuklukları, ateş, döküntü, deri lezyonları sık rapor edilen bulgulardandır (38).

Munchausen By Proxy bazı çocuklarda basit bulgular olmasına karşın ölümcül olabilen bir istismar türüdür. Yapılan bazı çalışmalarda ölüm oranının %6 ile %10 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu istismar zehirlenme ya da boğma şeklinde yapılırsa ölüm oranının %33'e kadar çıktığı belirtilmiştir (49).

2.7.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar, saptanması zor olan, çoğunlukla bildirilmekten çekinilen ve sonunda gizli kalan, akut ve kronik dönemli etkileri açısından sıkıntılı ve önemli bir istismar tipidir. Ruth ve Henry Kempe, cinsel istismarı 1978 yılında “bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adolesanların bilinçli olarak onay vermeye muktedir olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları” şeklinde tariflemiştir (8). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi 1991 yılında erişkinin veya başka birinin cinsel uyarım için çocuk ile arasındaki temas veya ilişkinin cinsel istismar

olarak kabul edileceği ve cinsel istismarın diğer bir çocuk tarafından gerçekleştirilmesi sonucunda, istismar uygulayıcı çocuğun, mağdur çocuğa kıyasla belirgin bir güç farkı, kontrol durumu söz konusu veya aralarında ciddi bir yaş farkı varsa cinsel istismar olarak değerlendirileceği şeklinde belirtmiştir (50).

Cinsel istismar Faller ve Henry tarafından yedi ana başlıkta incelenmiştir (51). Bunlar dokunma içermeyen, cinsel ilişki içermeyen dokunma, oral-genital seks, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon, cinsel sömürü, başka istismar türleri de içeren cinsel istismar şeklinde başlıklandırılabilir.

Dokunma içermeyen cinsel istismara; çocukla seks içerikli konuşma, çocuğa pornografik materyallerin gösterilmesi, çocuğun cinsel içerikli fotoğraflarının çekilmesi, çocuğun cinsel gelişimi, tercihleri ve organları ile alay etme, çocuğun cinsel doğasının sözlü ve duygusal istismarı, istismarcı tarafından çocuğa genital bölgelerinin gösterilmesi, çocuğun önünde mastürbasyon yapılması, çocuğun başkalarının cinsel istismarına tanık edilmesi, çocuğun soyunukken veya istismarcı tarafından cinsel olarak tatmin eden davranışlar sırasında gözlenmesi şeklinde açıklanabilir.

Cinsel ilişki içermeyen dokunma; cinsel amaçlarla çocuğa dokunulması, çocuğun istismarcıya dokunmaya zorlanması, çocuğun istismarcı veya kendine mastürbasyon yapmaya-yaptırmaya zorlanması şeklinde açıklanabilir.

Oral-genital seks; istismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla cinsel ilişki yapması şeklinde açıklanabilir.

İnterfemoral ilişki; istismarcının penisini çocuğun bacaklarının arasına yerleştirdiği bir ilişki türü olarak açıklanabilir.

Cinsel penetrasyon; Vajen ve/veya anüse parmakla, bir yabancı cisim veya penisle penetrasyon söz konusu olması olarak açıklanabilir.

Cinsel sömürü; Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla gerçekleştirilen istismar şeklinde açıklanabilir (52).

Cinsel istismar sık görülmekle birlikte genellikle tekrarlayıcı bir istismar türü olmasına rağmen bildirimin ve başvurunun düşük olması nedenlerle ulaşılan olguların bu sorunun sadece buz dağının görünen kısmı olarak karşımıza çıkmaktadır (53). ABD’de yapılan 10 yıllık bir araştırmada kadınlarda %12 ile %35 arasında, erkeklerde ise %4 ve %9 arasında 18 yaşından önce rızaları dışında cinsel olaylar yaşadıkları

bulunmuştur (54). İsveç'te çocukluk ve ergenlik döneminde gerçekleşen cinsel istismar ile ilişkili sorunlar araştırılmış ve kızlarda %11,2 ve erkeklerde %3,1 oranında istismar görüldüğü saptanmıştır (53).

2006 yılında Gazi Üniversitesi tarafından yapılan bir araştırmada, 2001-2006 yılları arası Çocuk Koruma Merkezi'ne başvuran olgular içerisinde kızların erkeklere göre iki kat daha fazla başvurusunun olduğu, her beş başvurudan birisinin 12 ile 18 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Akran istismar oranı %33,3, bir erkek akraba tarafından istismar oranı %7,4, öz baba istismar oranı %14,8 ve yabancı istismar oranı %25,9 olarak bulunmuştur (53).

Aile içi cinsel istismar (Ensest)

Cinsel istismarda, uygulayıcının aile bireyi olduğu duruma verilen isimdir. Ahlaki, hukuksal ve dini açılarından evlilikleri yasaklanmış, yakın akraba olan bir erkek ile kadın arasında cinsel ilişki bulunmasına ensest terimi kullanılmaktadır. Ensest ilişki toplum tarafından ayıplanması nedeniyle ve genellikle yakın akrabalar tarafından gerçekleştirildiği için sıklıkla bu durum gizli kalmaktadır (53).

Türkiye'de Sezgin tarafından 1993 yılında yapılmış bir çalışmada ensest vakalarında cinsel istismarda bulunan kişilerin %57'sinin öz babası, %26'sının ikinci dereceden akrabası, %13'ünün yakın akrabası, %4'ünün öz ağabeyi olduğu saptanmıştır (13). 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada ise araştırmaya katılan kadınların %7'sinin 15 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldığı ve %30'unun yakın akrabaları tarafından, %2,4'ünün babası tarafından, %1,7'sinin ağabeyi tarafından, %0,6'sının üvey babası tarafından istismar eyleminde bulunduğu saptanmıştır (55).

Ensest için bazı risk faktörleri:

- Alkol ve/veya madde bağımlısı baba,
- Annenin çocukla ilgilenmesini kısıtlayacak hastalığı olması,
- Annenin evi terk etmesi, uzun süreler dışarda olması gibi durumlar,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,

- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması,
- 6-8 yaşlarında ve kız çocuğu olmak,
- Anne veya babada ya da her ikisinde daha önce enstest ilişkinin varlığı,
- İktidarsızlık ve psikopati olarak sıralanabilir (56).

Cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkileri

Mağdur çocuğun saldırıyı gerçekleştiren kişi ile olan ilişkisine, gerçekleşen cinsel istismarın şekline, olayda fiziksel şiddet kullanımı olup olmadığına, çocuğun yaşına ve travmatik deneyim öncesindeki psikolojik gelişimine bağlı olarak cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkileri değişebilmektedir (9).

Cinsel istismar sonucu gelişen sonuçlar beş ana başlık altında toplanabilir (8).

1- Duygusal Sonuçlar

Depresyon: Cinsel istismar mağduru çocuklarda, depresyon, yakınları ile iletişiminden kaçınma, kendine zarar verici davranışlarda bulunma, aşağılık duygusu, atipik ağrılar gibi bulguların görülme riski artmaktadır. Felitti'nin yaptığı, çocukluk döneminde istismara maruz kaldığı bilinen 131 hastanın incelendiği bir çalışmada, olayın üzerinden on yıl geçen vakalarda, bu kişilerin %83'ünün duygudurumunun halen üzüntülü ve sıkıntılı olduğu görülmüştür. Bu kişilerde, sık sık ağlama nöbetleri, karamsarlık, kronik uyku bozuklukları ve yorgunluk görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (8).

Endişe ve Korku: Birçok araştırmacı endişe ve korkunun enstest mağdurları içinde yüksek oranda bulunduğunu belgelemiştir. Endişe ve korku genellikle kronik istismara maruz kalanlarda görülmektedir (8).

Öz Saygının Kaybolması: Şiddet mağdurlarında kişinin kendisine olan saygınlığının azalması sık görülen bir durumdur.

Öfke: Öfkelerini ifade etmekte ve kontrol etmekte zorlanma cinsel istismara uğrayan bireylerde görülen yaygın bir davranış biçimidir. Bununla beraber, duygusal dalgalanmalar, aşırı derecede korku, ilaç ya da alkol bağımlılığı, kabuslar, aşırı suçluluk, utanç, çaresizlik duyguları ve kendini yaralama eylemleri görülebilmektedir (57).

Suçluluk ve Utanç: Cinsel istismara maruz kalan mağdurlarda kişilik parçalanması/ayrışması/bölünmesi, duygu bastırma, utanç, korku ve kendini suçlu görme mağdurun sık yaşadığı duygusal durumlardır. Bu sebeple bu çocuklarda çevresindekiler tarafından sevilmeyecekleri, sürekli sorun çıkardıkları, geçimsiz ve dengesiz insanlar olarak tanındıkları düşüncesi gelişmektedir. Yaşanan sıkıntılar çocukta kısır döngü haline gelerek mağdurların çevre ile olan ilişkilerinde ciddi sorunlara neden olur. Bu sebeplerden ötürü, cinsel istismara maruz kalan çocuklarda güven problemi meydana gelmektedir (8).

2- Kognitif Sonuçlar:

Cinsel istismar gibi ağır, yoğun ve beklenmedik bir travmatik şok yaşamış çocuklarda sıklıkla görsel halüsinasyonlar, zaman oryantasyonunda bozulma ve yanlış saptama görüldüğü bildirilmektedir. Bu tür algısal bozukluklar, travmadan sonra kısa sürede meydana gelebileceği gibi istismar sona erdikten sonra da devam edebilmektedir (8).

3- Biyolojik Sonuçlar:

Cinsel saldırı ve encest mağdurlarının %64'ünde tekrarlayan gastrointestinal sistem semptomları görülebildiği bildirilmiştir. Uykusuzluk, kusma, mide bulantısı, karın ağrısı, iştah kaybı gibi semptomlar gözüküebilmektedir (58).

4- Davranışsal Sorunlar

İntihar: İstismara maruz kalan kişi, istismarcıya karşı beslediği öfkeyi kendine çevirme eğilimi sonucu kendine zarar verici davranışlarda bulunabilir. Encest mağdurlarında intihar girişiminde bulunma sıklığında artma olduğu saptanmıştır (8).

Madde kullanımı: Yaşadığı istismar olayı sonucunda gelişen korku, endişe, depresyon, öfke, utanç, suçluluk ve aşağılanma duygularını bastırmak amacıyla kişi tarafından madde kullanımı yoluna başvurma görülebilir. Madde ve alkol bağımlılığı tedavisi gören kişiler üzerinde yapılan araştırmalarda, özellikle cinsel istismarlar sonucu %60 ile %80 arasında madde ve alkol kullanımı olduğu gözlenmiştir (8).

5- Kişiler Arası Sorunlar:

Cinsel Sorunlar: Browne ve Finkelhorn yaptıkları çalışmada, cinsel istismara maruz kalmış çocuklarda ahlak kavramında yaşanan karışık duygular olduğunu, cinsel ilişkinin kişinin kendi üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, vücudunda acıya ve yaralanmalara neden olay olarak hatırlanması dahil değişik tipte cinsel zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir (59).

Yeniden Mağdur Olma Eğilimi:

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların rastgele seçildiği bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalanların %33 ile %68 oranları arasında ilerleyen süreçte cinsel saldırıya uğradıkları saptanmıştır (60).

2.7.3 Duygusal İstismar

Duygusal istismar, istismar çeşitleri arasında en sık görülen, fakat fiziki bulguları olmadığı için tanı konmasında zorlanılan ve diğer istismar türleri gibi maruz kalan çocukta yıkıcı etkileri olan bir istismar türüdür (61). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından duygusal istismar ve ihmal; “Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi” olarak tanımlanmıştır (62).

Diğer istismar türleri genellikle duygusal istismara eşlik etmektedir. Sıklıkla fiziksel istismar ve cinsel istismarla beraber görülmektedir. Fiziksel ve/veya cinsel istismar bulgusu gözleendiğinde genellikle duygusal istismar göz ardı edilebilmekte ve tanı konmasında güçlük yaşanmaktadır (63).

Yapılan çalışmalara göre duygusal istismara maruz kalan çocuklarda, iştah kaybı, büyüme ve gelişme geriliği, idrar kaçırma, çevreye uyum sağlayamama, öz saygıda kayıp, yalan söyleme, hırsızlık, düşük okul başarısı, güven problemleri, depresyon ve intihar gibi ciddi sonuçları olabilen çok sayıda bulgu gözlenebilmektedir (64). Bu nedenle duygusal istismara tanı koyabilmek ve zamanında müdahale edebilmek çocuğun sağlığı açısından çok önemlidir (65).

Fiziksel bulgusu olmaması ve diğer istismar türleriyle birlikte görüldüğü için duygusal istismar tanısında yaşanan zorluklar nedeniyle anne, baba ve hareket odaklı kategorik bir sınıflandırma geliştirilmiştir (66).

Reddedici tavır: Çocuğun ihtiyacı olan yardımları önemsememe/reddetme, çocuğun kazandığı başarıları göz ardı etme, kendi değer ve görüşlerini çocuk istemese dahi zorlayarak kabul ettirme şeklinde örnek verilebilecek davranışlar çocukta yaşamı boyunca kendinin değersiz, başkaları tarafından önemsenmeyen ve istenmeyen biri olduğu hissine kapılmasına yol açan yıkıcı tavırlardır.

Aşağılayıcı tavır: Çocuğa küçük düşürücü söylemlerde bulunmak, başkalarının yanında utanmasına neden olacak davranışlarda bulunmak, başarılarını yetersiz bulmak veya önemsememek, akranları veya kardeşleri ile kıyaslamak gibi davranışlarla ebeveynlerin çocuğa hak ettiği değeri göstermemeleri, kötülemeleri, saygınlığını düşürmeleri, aşağılamaları ve utandırmalarıdır.

Korkutma: Öldürmekle tehdit etme, azarlama, sık sık ve haksız yere cezalandırma, vurma gibi davranışlarla çocuğa sözel olarak saldırma, korkutma, fiziksel veya duygusal zarar verme ve tehdit etme davranışlarıdır.

Yalnız Bırakma: Çocuğun gelişiminde önemli yere sahip olan sosyal aktivitelerin engellenmesi, ebeveynlerin çocukla yeteri kadar konuşmaması, çocuğun yaptığı davranışlara olumlu veya olumsuz geri bildirimde bulunmaması gibi davranışlarla aile içinde ve/veya dışında sosyal ilişki kurmaya engel olma, arkadaşlıklar kurmasına izin vermeme gibi sosyal etkileşim olmadan uzun süre kısıtlı alanda tutmalarıdır.

Ahlaken Bozma: Agresyon içeren ve bulunduğu ortama uygun olmayan davranışları öğretme, cesaretlendirme ve bu davranışları normalleştirme, ilaç, alkol, madde kötüye kullanımı için ortam hazırlama, hırsızlık, fuhuş gibi anti sosyal davranışlara yöneltme gibi çocuğun sağlıksız sosyalleşmesine yol açma, anti sosyal davranmayı öğretme, toplumsal olarak kabul edilemez ilgiler geliştirmesini cesaretlendirme davranışlarıdır.

Sömürme: Sosyal yaşamda kabul görmeyen dilenme, hırsızlık, para karşılığı cinsel ilişki, okuma hakkının elinden alınarak çalıştırma gibi durumlarla çocuğun genellikle ekonomik ve duygusal olarak kullanılmasıdır.

Gerekli Uyarılma, Duygusal Yanıt veya Ulaşılabilirliğin Olmaması:

Önemli olduğunu hissettirmeme, yokmuş gibi davranma, sorunlarını önemsememe, özellikle ergenlik döneminde görülen gelişimsel krizlerini hiçe sayma gibi davranışlarla çocuğun gerekli sevgi ve ilgiden yoksun bırakılması, duygusal ve zihinsel gelişiminin engellenmesi, çocuğun genellikle ihmal edilmesi ya da yok sayılmasıdır.

Güven Vermeyen Tutarsız Bakım: Çocuktan birbiri ile uyuşmayan isteklerde bulunulması, ebeveyn desteğinin veya bakımının çocuğu güvende hissettirmemesidir.

2.7.4 Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar, çocuğun haklarını ihlal eden işlerde ücretsiz veya olması gerekenden az ücretle, maruz kalan çocuğun fiziksel, ruhsal ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyecek şekilde çalıştırılması şeklinde ifade edilir (3).

Çocuğun aile gelirine katkısı, sosyoekonomik olarak üst düzey ülkelerde veya şehirlerde yaşayanlar için daha az önem taşırken bu durum düşük düzey ülkelerde ve taşrada daha önemli bir yer kaplamaktadır. Çocuğa yaptırılan işler ve çalıştığı ortam genellikle çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişime uymayan niteliktedir. Bu kapsamda çocuklar tehlikeli işlerde çalıştırılabilmektedir. Okula giden çocuklar ile çalışan çocukların fiziksel gelişimi karşılaştırıldığında, ekonomik istismara uğrayan çocuklarda gerilikler izlenebilmektedir. Çocuğun çalıştığı ortama göre ekonomik istismara ek olarak diğer istismar çeşitlerine de maruz kalabilmektedir (8).

UNICEF ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi çocuğun ekonomik istismarı konusunu gündemde tutan kuruluşlar uluslararası çalışmalar yaparak, kısa vadede çocukların çalıştığı ortam koşullarını iyileştirmeyi ve uzun vadede ise çocukların ekonomik istismara maruziyetinin tamamen engellenmesini hedeflemektedir (67).

2.7.5. İhmal

Çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmasından ve bakımından sorumlu kişi/kişilerin sorumluluklarını yerine getirmemesi, çocuğun temel ihtiyaçlarından olan sağlık, eğitim, duygusal gelişim, barınma, beslenme ve güvenli yaşam gibi koşulların sağlanamaması çocuk ihmali olarak tanımlanmaktadır (35).

İhmali, istismardan ayıran en önemli özellik, istismarın aktif olarak gerçekleştirilmesi, ihmalin ise pasif olarak gerçekleşmesidir. Her ne kadar ihmalin çok

sık görüldüğü düşünülmesine rağmen, tanısının soyut olması, yasal tanımının belirsiz olması gibi nedenlerden dolayı sıklığı bilinmemektedir (8,68).

Aşağıda belirtilen bulguların varlığında, tanı konulmasında güçlük yaşanabilen ihmali düşünmek gereklidir (38):

- Çocuğun bakımsız ve kirli olması, mevsim koşullarına uymayan kıyafetler giymesi,
- Çocukta organik bir nedene bağlanamayan büyüme geriliği varlığı,
- Çocuğun çevreyle iletişim kurmasında güçlük yaşaması, tekrarlayan hareketler yapması, içe dönük olması,
- Çocukta sebebi bulunamayan öğrenme güçlüğü olması, zihinsel gelişme geriliği olması,
- Çocuk hakkındaki soruların yanıtlarını ailesinin bilmemesi,
- Çocuğun çevresinde sigara, alkol, madde kullanımı olması ve çocuğun bunlara maruz kalması,
- Çocuğun eğitim yaşında okula gitmemesi,
- Tedavi, bakım, koruma konusundaki önerilere uyulmaması,
- Sağlık kuruluşlarına başvurmama veya geç başvurma.

İhmali dört ana başlık altında inceleyebiliriz. Bunlar fiziksel ihmal, duygusal ihmal, denetleyici ihmal ve eğitim ihmali olarak sınıflandırılmaktadır (69).

1. Fiziksel ihmal: Bakım veren tarafından çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme ve temizlik gibi ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır.

2. Duygusal ihmal: Ebeveynleri veya bakım verenin çocuğa sevgi, ilgi ve şefkat göstermemesi, ayrılma korkusunu yaşatması, çocuğun kendini güvende hissedememesine neden olması, çocuğun yaşadığı ortamda şiddete maruz kalması veya alkol, sigara, bağımlılık yapıcı madde kullanımına şahit kalmasına neden olmasıdır.

3. Denetleyici ihmal: Çocuğun yetersiz bir bakıcı denetimi sonucunda tehlikeye atılması, fiziksel veya duygusal olarak yaralanmasıdır.

4. Eğitim ihmali: Çocuğun okula yazdırılmaması, okula devamlılığının sağlanmaması, eğitimi için gerekli desteklerinin verilmemesi, okul ihtiyaçlarının sebepsiz şekilde karşılanmamasıdır.

2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuk ve toplum sağlığı açısından ağır ve yıkıcı etkileri olan çocuk istismarı ve ihmalinin tedavisinden ziyade erken tanısı, gerçekleşmeden önlenmesi tüm diğer hastalıklar gibi çok önemlidir. Bu sebepten çocuk istismarı ve ihmali önleme çalışmalarının en önemli ve temel basamağı toplum eğitimidir. Anne, baba ve toplumun tüm bireylerine yönelik verilecek eğitim ilk adım olmalıdır (70). Okullarda, ailede, kamu kurum ve kuruluşlarında verilecek olan eğitimler, riskli durumların anlatılması, izlenebilecek prosedürler hakkında bilgi verilmesi toplumsal farkındalığı artırmada fayda sağlamaktadır (71).

Koruma önlemleri üç ana başlık altında toplanabilir. Bunlar;

Birincil koruma: ÇİVİ gerçekleşmeden önlenmesini, hiç gerçekleşmemesini sağlayan çalışmalardır. Birincil korumaya örnek olarak:

- Topluma yapılan eğitimlerle bilinçlendirilmesi,
- Hukusal reformların yapılması,
- Risk gruplarının tanımlanarak bu kişilere koruyucu hizmetler ve danışmanlık sağlanması,
- Çocuk haklarının ÇHS'deki gibi ulusal yasalarca da uygulanması,
- Ekonomik dengesizliklerin daha iyi hale getirilmeye çalışılması,
- Sağlık profesyonellerinin, öğretmenlerin ileri düzey eğitim almasının sağlanması,
- Çocukların bilinçlenmesi amacıyla eğitimler verilmesi,
- Ebeveyn becerileri hizmetleri, ev ziyaretleri ile eğitimsel faaliyetler gibi örnekler verilebilir (13).

İkincil Koruma: İstismara veya ihmale maruz kalan çocukların tanısının konması, gerekli tedavilerinin ve izleminin yapılmasını içerir. İstismarı erken tanımak ve etkin tedavi uygulamak, çocuğun tekrarlayan maruziyetini önleyeceği ve göreceği zararı azaltacağı için oldukça büyük öneme sahiptir. Yapılan bir çalışmada ilk başvurusunda tespit edilemeyen istismar mağduru çocukların %30 ile %50 arasında tekrarlayan ciddi travmaya maruz kaldığı, bunların %5-10'u tekrarlayan travma sonrası hayatını kaybettiğinden bahsedilmiştir (72).

Üçüncül Koruma: İstismara veya ihmale maruz kalan çocuklarda oluşan zararların hafifletilmesine yönelik, tekrarlamasını önleyici, tedavi ve rehabilite edici koruma çalışmalarıdır.

2.9 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu

Türk Hukuk Sisteminde ÇİVİ hakkında çeşitli yasalarda hükümler bulunmaktadır. TCK'nın:

- 86. maddesinde; kasten yaralama suçu
- 94. maddesinde; işkence suçu
- 103. maddesinde; cinsel istismar suçu
- 104. maddesinde; reşit olmayanla cinsel ilişki suçu
- 226. maddesinde; müstehcenlik suçu
- 227. maddesinde; fuhuş suçu
- 229. maddesinde; dilencilik suçu
- 232. maddesinde; kötü muamele suçu
- 233. maddesinde; aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali

suçlarının tanımları yapılmış ve çocuğun maruz kaldığı istismarlar sonucu uygulayana verilecek cezalardan bahsedilmiştir. Ayrıca TCK'nın 280. maddesinde, sağlık çalışanlarının ÇİVİ gibi karşılaşılan suçları bildirmemesi ile ilgili hükümler de belirtilmiştir (2).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, Sivas ili merkezindeki ASM’lerde aktif görev yapan hekimlerin ÇİVİ hakkındaki bilgi, farkındalık ve tutumlarını belirlemek için yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Sivas il merkezindeki ASM’lerde aktif görev yapan hekimler ile, Temmuz 2023 ve Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evreninde Sivas il merkezindeki 25 ASM’de aktif görev yapmakta olan hekimler bulunmaktadır. Evrenin tümü çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Bu nedenle herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. Sivas ilindeki 25 ASM’de 121 hekim aktif görev yapmaktadır. Bu hekimlerin 110’u aile hekimi, 11’i aile hekimliği uzmanıdır. Bu 121 hekimden 13’ü çalışmaya katılmak istememiş, üçü gebelik izninde olduğundan 105 hekim çalışmaya katılmıştır. Araştırmamız ASM’lerde aktif görev yapan ve çalışmaya katılmak isteyen 105 hekim üzerinde yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen “Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek;1) ve Uysal (10) tarafından geliştirilen “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” (Ek;2) kullanılmıştır.

a. Tanıtıcı Bilgi Formu; katılımcıların sosyodemografik verileri, çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi ve eğitim durumları ve bu konudaki mesleki tecrübelerini belirlemeye yönelik 17 sorudan oluşmaktadır.

b. ÇİİBRTYÖ 1998 yılında Uysal tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik-güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, Cronbach Alpha değeri 0,924 bulunmuştur. Ölçeğin alt grup değerlendirmelerinin de Cronbach alpha katsayısı 0.59 ile 0.89 arasında değişmektedir. Ölçek soruları 5’li likert tipindedir, her bir madde 1 ile 5 puan aralığında değerlendirilmektedir. Ölçekte “Çok doğru”,

“oldukça doğru”, “karasızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” seçenekleri vardır (10). Ölçek 67 sorudan oluşmaktadır ve altı adet alt ölçeği mevcuttur. Alt ölçekler;

1. “İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)” (19 soru)
2. “Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (ÇİİÇDB)” (15 soru)
3. “İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB)” (7 soru)
4. “İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)” (13 soru)
5. “İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)” (5 soru)
6. “Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ)” (8 soru)

Ölçekte; “1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67.” sorularda “çok doğru” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilecek iken “hiç doğru değil” seçeneği 1 puan olarak değerlendirilecektir.

“3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63.” soruları negatif olarak hesaplanacak maddelerdir ve bu sorularda “çok doğru” seçeneği 1 puan olarak değerlendirilirken “hiç doğru değil” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilecektir.

Ölçekteki tüm soruların doğru olması halinde katılımcılar 335 puan almaktadır. Puan ortalaması 3 ve üzeri olan katılımcıların ise ÇİVİ ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu kabul edilmektedir (10).

Anket formları katılımcılara araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşülerek doldurtulmuştur. Araştırmacı; önce kendini tanıtmış, çalışma için gerekli izinlerin alındığını belirtmiş ve verilerin gizliliği hakkında açıklama yaparak onam aldıktan sonra ankete başlamıştır. Anket formunda anlaşılmayan noktalarda katılımcıyı yönlendirmeden kaçınılarak açıklamalar yapılmıştır. Anket formlarının toplam doldurulma süresi ortalama 10-15 dakika kadar sürmüştür. Bu süre yoğun çalışan birimlerde iş yoğunlukları nedeni ile uzamıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Onayı ve İzinler

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22.06.2023 tarih ve 2023-06/07 numaralı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek;3).

Çalışmanın yapılacağı Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek;4). Katılımcılara yapılacak çalışma ile ilgili yazılı bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır.

Araştırmada kullanılan ÇİİBRTYÖ için Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN'dan izin alınmıştır (Ek;5).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verilerinin analizi SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizler için frekans dağılımları ve yüzdeler hesaplandı, ortalamalar standart sapma değerleri ile, ortancalar minimum-maksimum değerleri ile birlikte gösterildi. Gruplar arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uymadığından Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Üç ve daha fazla grup içeren gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile yapılan post-hoc değerlendirmede Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisi Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma %34,3'ü (n=36) kadın ve %65,7'si (n=69) erkek olmak üzere 105 katılımcı ile tamamlandı. Katılımcıların yaş ortalaması $45,7 \pm 9,3$ ve yaş ortancası 48 (minimum=27; maksimum=68) yaş idi. Katılımcıların %87,6'sı (n=92) evli ve %84,8'inin (n=89) çocuğu vardı. Pratisyen aile hekimi olan 94 (%89,5) katılımcı, aile hekimi uzmanı olan 11 (%10,5) katılımcı bulunmakta idi. Hekimlik tecrübesi 0-5 yıl olan beş (%4,8), 6-10 yıl olan 16 (%15,2), 11-15 yıl olan 14 (%13,3) ve 16 yıl ve üstü olan 70 (%66,7) katılımcı bulunmakta idi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
40 yaş altı	28	26,7
40-49	33	31,4
50 yaş ve üstü	44	41,9
Cinsiyet		
Kadın	36	34,3
Erkek	69	65,7
Medeni Durum		
Evli	92	87,6
Evli değil	13	12,4
Çocuğu var mı?		
Hayır	16	15,2
Evet	89	84,8
Ünvanı		
Pratisyen Aile Hekimi	94	89,5
Aile Hekimi Uzmanı	11	10,5
Hekimlik Tecrübesi		
0-5 yıl	5	4,8
6-10 yıl	16	15,2
11-15 yıl	14	13,3
16 yıl ve üstü	70	66,7
	Ortalama $\pm$SD	Ortanca (min-max)
Yaş	45,7 $\pm$ 9,3	48 (27-68)

Katılımcılar içinde tıp eğitiminde ÇİVİ hakkında eğitim alma oranı %71,4 (n=75), mezun olduktan sonra ÇİVİ hakkında eğitim alma oranı %73,3 (n=77) ve ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim alması gerektiğini düşünenlerin oranı %75,2 (n=79) idi. Daha önce çocuk istismarı vakası ile karşılaşan 42 (%40,0) katılımcı bulunmakta iken, bu kişiler içinde son bir yıl içinde 1-3 kez karşılaşan dokuz (%21,4), 7 ve üzeri kez karşılaşan bir (%2,4) katılımcı bulunmakta olup 4-6 defa karşılaşmanın olmadığı saptandı. Daha önce çocuk istismarı ile karşılaşan 42 katılımcı arasından %57,1'i (n=24) fiziksel istismar, %28,6'sı (n=12) cinsel istismar, %35,7'si (n=15) duygusal istismar, %19'u (n=8) ekonomik istismar ve %61,9'u (n=26) ihmal ile karşılaştığını belirtti. ÇİVİ vakası ile karşılaşıldığında en çok zorlanılan kısım %58,1 (n=61) adli süreç, %30,5 (n=32) öykü alma, %9,5 (n=10) fizik muayene ve %1,9 (n=2) kayıt tutma idi. Katılımcıların %93,3'ü (n=98) ÇİVİ şüphesinde bildirim yapacağını belirtti. Bildirim yapmayacağını belirten yedi katılımcı arasından; çoklu seçmeli olarak dördü (%57,1) bildirim yaptıktan sonra çocuğun daha kötü etkileneceğini düşünmesi, üçü (%42,9) yeterli bilgiye sahip olmaması, üçü (42,9) adli süreçle uğraşmaktan çekinmesi, ikisi (%28,6) nereye bildirim yapıldığını bilmemesi gibi nedenler belirtmiştir.

Bildirimin nasıl yapılacağı sorusuna, 64 katılımcı (%60,9) adli rapor hazırlayarak, 55 katılımcı (%52,4) kolluk kuvvetlerine bildirerek, 35 katılımcı (%33,3) sosyal hizmetlere bildirerek, 13 katılımcı (%12,4) sağlık müdürlüğüne ulaşarak ve 11 katılımcı (%10,5) savcılığa ulaşarak cevabını verdi. Yapılan çalışma sonucu hakkında bilgi sahibi olmak isteyen 89 (%84,8) katılımcı bulunmakta idi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların ÇİVİ ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıp eğitiminizde çocuk istismarı ve ihmali hakkında hiç eğitim aldınız mı?		
Hayır	30	28,6
Evet	75	71,4
Mezun olduktan sonra çocuk istismarı ve ihmali hakkında hiç eğitim aldınız mı?		
Hayır	28	26,7
Evet	77	73,3
Çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz?		
Hayır	26	24,8
Evet	79	75,2
Daha önce çocuk istismarı veya ihmali vakası ile karşılaştınız mı?		
Hayır	63	60,0
Evet	42	40,0
Son bir yılda kaç defa karşılaştınız? (n= 42)		
0	32	76,2
1-3	9	21,4
4-6	0	0,0
7 ve üzeri	1	2,4
Hangi tür istismarla karşılaştınız? (n= 42) (çoklu seçmeli)		
Fiziksel istismar	24	57,1
Cinsel istismar	12	28,6
Duygusal istismar	15	35,7
Ekonomik istismar	8	19,0
İhmal	26	61,9
Çocuk istismarı veya ihmal vakası ile karşılaştığında sizi en çok zorlayan kısım?		
Öykü alma	32	30,5
Fizik muayene	10	9,5
Kayıt tutma	2	1,9
Adli süreç	61	58,1
Çocuk istismarı veya ihmali şüphesinde bildirim yapar mısınız?		
Hayır	7	6,7
Evet	98	93,3

Hayır ise, neden bildirim yapmazsınız? (n= 7) (çoklu seçmeli)		
Yeterli Bilgiye Sahip Olmadığım İçin	3	42,9
Ayırarak Zamanım Olmadığı İçin	0	0,0
Nereye Bildirim Yapıldığını Bilmediğim İçin	2	28,6
Adli Süreçle Uğraşmaktan Çekindiğim için	3	42,9
Bildirimden Sonra Çocuğun Daha Kötü Etkileneceğini Düşündüğüm için	4	57,1
Çocuk istismarı veya ihmali şüphesinde bildirim nasıl yaparsınız? (çoklu seçmeli)		
Savcılığa ulaşarak	11	10,5
Sosyal hizmetlere bildirim yaparak	35	33,3
Kolluk kuvvetine ulaşarak	55	52,4
Adli rapor düzenleyerek	64	60,9
Sağlık müdürlüğüne ulaşarak	13	12,4
Yapılan çalışmanın sonucu hakkında bilgi almak ister misiniz?		
Hayır	16	15,2
Evet	89	84,8

Katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde, toplam ölçek puanı ortalaması $261,1 \pm 22,1$ ve ortancası 257 (212-322) idi. İÇÜFB alt boyutu toplam puan ortalaması $77,1 \pm 6,5$ ve ortancası 76 (64-94), ÇİİÇDB alt boyutu toplam puan ortalaması $58,6 \pm 5$ ve ortancası 58 (45-73), İÇÜB alt boyutu toplam puan ortalaması $28,4 \pm 3,3$ ve ortancası 28 (21-35), İİYEÖ alt boyutu toplam puan ortalaması $44,6 \pm 5,4$ ve ortancası 44 (29-60), İİYÇÖ alt boyutu toplam puan ortalaması $20,9 \pm 3,2$ ve ortancası 21 (13-30) ve ÇİİAÖ alt boyutu toplam puan ortalaması $31,5 \pm 4$ ve ortancası 31 (22-40) idi. Hem toplam ölçek puanı hem de alt boyutların toplam puanları içerdikleri soru sayısına bölünerek el edilen ortalama, ortalaması 3'ün altında kalan alt boyut saptanmadı (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarının dağılımı

	Toplam puan Ortalama ±SD	Toplam puan Ortanca (min-max)	Puan Ortalama ±SD	Puan Ortanca (min- max)
Toplam ölçek puanı	261,1 ±22,1	257 (212-322)	3,9 ±0,3	3,8 (3,2-4,8)
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutu	77,1 ±6,5	76 (64-94)	4,1 ±0,3	4 (3,4-4,9)
Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutu	58,6 ±5	58 (45-73)	3,9 ±0,3	3,9 (3-4,9)
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyutu	28,4 ±3,3	28 (21-35)	4,1 ±0,5	4 (3-5)
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutu	44,6 ±5,4	44 (29-60)	3,7 ±0,5	3,7 (2,4-5)
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu	20,9 ±3,2	21 (13-30)	3,5 ±0,5	3,5 (2,2-5)
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt boyutu	31,5 ±4	31 (22-40)	3,9 ±0,5	3,9 (2,8-5)

Katılımcıların cinsiyetleri ile ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde, İİYÇÖ alt boyutu puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptandı ($p=0,049$). Cinsiyet ile toplam puan ve diğer alt boyutlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyetleri ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Cinsiyet				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Kadın		Erkek		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	265 ±17,3	263 (241-309)	259,1 ±24,1	255 (212-322)	0,083
Fiziksel belirtiler	78,4 ±6,1	78 (67-93)	76,4 ±6,6	76 (64-94)	0,099
Davranışsal belirtiler	59 ±4,5	59 (49-67)	58,4 ±5,3	57 (45-73)	0,297
Çocuktaki belirtiler	28,6 ±3,1	28 (24-35)	28,4 ±3,4	28 (21-35)	0,951
Ebeveyn özellikleri	45,4 ±3,9	44 (40-58)	44,1 ±6,1	43 (29-60)	0,165
Çocuk özellikleri	21,4 ±3,3	22 (13-27)	20,6 ±3,1	20 (15-30)	0,049
Ailesel özellikler	32,2 ±3	32 (26-38)	31,1 ±4,4	31 (22-40)	0,107

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların yaş grupları ile ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş grubu ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,046$). Ancak yapılan post-hoc testlerde gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Yaş grubu ile İÇÜFB alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,037$). Bu ilişki 40 yaş altı grup ve 50 yaş üstü grup arasından kaynaklanmakta idi. Yaş grubu ile İİYEÖ alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,032$). Bu ilişki 40 yaş altı grup ve 50 yaş üstü grup arasından kaynaklanmakta idi. Yaş grubu ile ölçeğin diğer alt boyutları arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların yaş grupları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Yaş Grubu						İstatistik sel Analiz (p değeri)*
	40 yaş altı		40-49 yaş		50 yaş ve üstü		
	Ortala ma ±SD	Ortan ca (min- max)	Ortala ma ±SD	Ortan ca (min- max)	Ortala ma ±SD	Ortan ca (min- max)	
Toplam puan	270,1 ±23,2	271 (231- 322)	258,8 ±20,4	254 (225- 315)	257,1 ±21,5	256,5 (212- 300)	0,046
Fiziksel belirtiler	79,9 ±7,3	81,5 (64- 91)	76,5 ±6	76 (67- 94)	75,8 ±6	76 (66- 92)	0,037
Davranışsal belirtiler	59,8 ±4,6	59,5 (51- 73)	58,3 ±4,6	57 (51- 69)	58,2 ±5,5	58 (45- 71)	0,327
Çocuktaki belirtiler	29,2 ±3,5	28,5 (23- 35)	27,8 ±3	27 (24- 35)	28,4 ±3,2	28,5 (21- 35)	0,156
Ebeveyn özellikleri	46,9 ±5,5	47 (37- 58)	44,2 ±5,3	43 (29- 60)	43,4 ±5,2	42,5 (33- 57)	0,032
Çocuk özellikleri	22,1 ±3,2	22 (15- 30)	20,9 ±3	20 (15- 29)	20,2 ±3,2	20 (13- 27)	0,062
Ailesel özellikler	32,3 ±3,6	32 (26- 40)	31,3 ±3,8	31 (25- 40)	31,1 ±4,3	31 (22- 40)	0,506

*Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların medeni durumları ve çocuğa sahip olma durumları ile ölçek toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6-7).

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Medeni durum				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Evli		Evli değil		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	261,6 ±22,5	256,5 (217-322)	257,4 ±19,9	263 (212-282)	0,977
Fiziksel belirtiler	77,3 ±6,7	76 (64-94)	75,8 ±5,5	79 (68-85)	0,647
Davranışsal belirtiler	58,8 ±4,9	58 (49-73)	57,2 ±5,6	58 (45-67)	0,585
Çocuktaki belirtiler	28,4 ±3,2	28 (23-35)	28,4 ±3,6	29 (21-35)	0,758
Ebeveyn özellikleri	44,7 ±5,5	44 (29-60)	43,8 ±4,9	44 (36-50)	0,693
Çocuk özellikleri	20,9 ±3,2	21 (13-30)	20,7 ±3,2	21 (14-25)	0,930
Ailesel özellikler	31,5 ±4	31 (22-40)	31,4 ±3,7	33 (24-36)	0,707

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 7. Katılımcıların çocuğa sahip durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Çocuğu var mı?				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	
Toplam puan	257,3 ±24,4	258 (212- 309)	261,8 ±21,7	257 (217- 322)	0,605
Fiziksel belirtiler	78,3 ±7,1	79 (68-90)	76,9 ±6,4	76 (64-94)	0,440
Davranışsal belirtiler	56,7 ±4,9	57 (45-67)	59 ±5	58 (49-73)	0,142
Çocuktaki belirtiler	28,2 ±3,8	27,5 (21- 35)	28,5 ±3,2	28 (23-35)	0,760
Ebeveyn özellikleri	43,1 ±7,2	42 (29-58)	44,8 ±5,1	44 (33-60)	0,258
Çocuk özellikleri	20,4 ±3,3	20 (14-26)	21 ±3,2	21 (13-30)	0,424
Ailesel özellikler	30,8 ±4,1	31,5 (24- 38)	31,6 ±3,9	31 (22-40)	0,540

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların ünvanı ile ölçek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; aile hekimi uzmanı olanların pratisyen aile hekimlerine göre toplam ölçek puanı ($p=0,034$) ve İİYÇÖ alt boyutu toplam puanının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,008$) görüldü. Ünvan ile diğer ölçek alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların ünvanı ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Ünvan				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Aile hekimi		Aile hekimi uzmanı		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	259,8 ±22,4	256 (212-322)	271,9 ±16,8	270 (246-300)	0,034
Fiziksel belirtiler	76,8 ±6,6	76 (64-94)	79,7 ±5,7	78 (71-88)	0,135
Davranışsal belirtiler	58,5 ±5,1	58 (45-73)	59,6 ±4	60 (55-69)	0,413
Çocuktaki belirtiler	28,2 ±3,2	28 (21-35)	30 ±3,5	29 (26-35)	0,127
Ebeveyn özellikleri	44,3 ±5,5	43,5 (29-60)	46,9 ±4,6	45 (41-57)	0,090
Çocuk özellikleri	20,7 ±3,2	20 (13-30)	22,8 ±2	23 (18-25)	0,008
Ailesel özellikler	31,3 ±4	31 (22-40)	32,8 ±3,1	32 (27-39)	0,182

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların hekimlik tecrübesi ile ÇİİBRTYÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların hekimlik tecrübeleri ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Hekimlik tecrübesi								İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	0-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üstü		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	284,6 ±26,8	275 (251-315)	263,3 ±18	265 (231-284)	266,6 ±24,4	254 (242-322)	257,8 ±21,3	256 (212-315)	0,093
Fiziksel belirtiler	84,2 ±7,3	85 (73-91)	78,3 ±7	79 (64-88)	78,1 ±6,7	76,5 (69-88)	76,1 ±6,1	76 (66-94)	0,079
Davranışsal belirtiler	61,4 ±4,8	62 (56-67)	58,6 ±3,2	59,5 (51-63)	59,7 ±5,2	57,5 (55-73)	58,2 ±5,3	58 (45-71)	0,530
Çocuktaki belirtiler	31 ±3,8	30 (27-35)	28,3 ±2,8	28 (23-35)	28,9 ±3,8	28 (24-35)	28,2 ±3,2	28 (21-35)	0,433
Ebeveyn özellikleri	50 ±6,6	47 (43-58)	45,7 ±3,9	44,5 (40-52)	45,6 ±5,8	44,5 (37-58)	43,7 ±5,4	43 (29-60)	0,091
Çocuk özellikleri	24 ±3,5	25 (19-28)	21 ±2,6	21,5 (15-25)	21,7 ±3	21 (18-30)	20,5 ±3,2	20 (13-29)	0,135
Ailesel özellikler	34 ±4,7	32 (30-40)	31,6 ±2,6	32 (27-36)	32,5 ±4,1	31,5 (26-40)	31,1 ±4,1	31 (22-40)	0,557

*Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyutu puanları ile tıp eğitiminde ÇİVİ hakkında eğitim alma durumları ve mezun olduktan sonra ÇİVİ hakkında eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10-11).

Tablo 10. Katılımcıların tıp eğitiminde ÇİVİ hakkında eğitim alma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Tıp eğitiminizde çocuk istismarı ve ihmali hakkında hiç eğitim aldınız mı?				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	261,3 ±21,1	255,5 (225-315)	261 ±22,6	258 (212-322)	0,927
Fiziksel belirtiler	77,3 ±6,4	75,5 (68-94)	77 ±6,6	77 (64-93)	0,969
Davranışsal belirtiler	58,7 ±4,9	57,5 (51-69)	58,6 ±5,1	58 (45-73)	0,850
Çocuktaki belirtiler	28,6 ±3,3	28 (23-35)	28,4 ±3,3	28 (21-35)	0,853
Ebeveyn özellikleri	44,4 ±6,2	43,5 (29-60)	44,6 ±5,2	44 (33-58)	0,859
Çocuk özellikleri	20,7 ±3	20 (17-27)	21 ±3,3	21 (13-30)	0,330
Ailesel özellikler	31,6 ±4,1	31,5 (25-40)	31,5 ±3,9	31 (22-40)	0,972

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 11. Katılımcıların mezun olduktan sonra ÇİVİ hakkında eğitim alma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Mezun olduktan sonra çocuk istismarı ve ihmali hakkında hiç eğitim aldınız mı?				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	266,6 ±19	264,5 (240-309)	259,1 ±22,9	255 (212-322)	0,076
Fiziksel belirtiler	79 ±6	77 (71-93)	76,4 ±6,6	76 (64-94)	0,072
Davranışsal belirtiler	59,2 ±4	58,5 (52-69)	58,4 ±5,3	58 (45-73)	0,381
Çocuktaki belirtiler	29,1 ±3,1	28,5 (24-35)	28,2 ±3,3	28 (21-35)	0,168
Ebeveyn özellikleri	46,1 ±5,5	46,5 (37-58)	44 ±5,4	43 (29-60)	0,084
Çocuk özellikleri	21,5 ±2,6	21,5 (17-26)	20,7 ±3,4	21 (13-30)	0,195
Ailesel özellikler	31,7 ±3,4	31 (26-39)	31,4 ±4,2	32 (22-40)	0,774

*Mann-Whitney U Testi

ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim almak isteyen katılımcıların, eğitim almak istemeyen katılımcılara göre İİYÇÖ alt boyutu toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($p=0,022$). Katılımcıların ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim alma istekleri ile ölçek toplam puanı ve diğer alt boyut toplam puanları arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim alma istekleri ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz?				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	258,2 ±26,2	258 (212-315)	262,1 ±20,7	257 (221-322)	0,397
Fiziksel belirtiler	76,6 ±7,2	76,5 (66-94)	77,3 ±6,3	76 (64-93)	0,674
Davranışsal belirtiler	58,2 ±5,9	58,5 (45-69)	58,8 ±4,7	58 (49-73)	0,950
Çocuktaki belirtiler	28,2 ±3,8	27 (21-35)	28,5 ±3,1	28 (23-35)	0,326
Ebeveyn özellikleri	44,3 ±6	43 (35-60)	44,6 ±5,3	44 (29-58)	0,534
Çocuk özellikleri	19,8 ±3,9	19 (13-29)	21,3 ±2,8	21 (14-30)	0,022
Ailesel özellikler	31,2 ±4,4	32 (23-40)	31,6 ±3,8	31 (22-40)	0,690

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyutu puanları ile daha önce ÇİVİ vakası ile karşılaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların daha önce ÇİVİ vakası ile karşılaşma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Daha önce çocuk istismarı veya ihmali vakası ile karşılaştınız mı?				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	259,7 ±22,1	255 (221-322)	263,2 ±22,2	261,5 (212-315)	0,240
Fiziksel belirtiler	77,2 ±6,7	76 (64-94)	76,9 ±6,3	76 (66-91)	0,781
Davranışsal belirtiler	58,5 ±5,2	58 (49-73)	58,9 ±4,8	59 (45-69)	0,507
Çocuktaki belirtiler	28,2 ±3,1	28 (23-35)	28,7 ±3,4	28 (21-35)	0,317
Ebeveyn özellikleri	44 ±5,7	43 (29-60)	45,4 ±5	44,5 (35-58)	0,185
Çocuk özellikleri	20,6 ±3,1	20 (14-30)	21,4 ±3,3	21,5 (13-29)	0,219
Ailesel özellikler	31,2 ±3,9	31 (22-40)	32 ±4	32 (23-40)	0,257

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıları ÇİVİ vakası ile karşılaştığında en çok zorlayan kısım ile ölçek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; İÇÜFB alt boyutu toplam puanı ile istismarla karşılaşıldığında en çok zorlanan kısım arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,048$). Ancak yapılan post-hoc testler neticesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). En zorlanan kısım ile ölçek toplam puanı ve diğer ölçek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıları ÇİVİ vakası ile karşılaştığında en çok zorlayan kısım ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Çocuk istismarı veya ihmal Vakası ile karşılaştığında sizi en çok zorlayan kısım?								İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Öykü alma		Fizik muayene		Kayıt tutma		Adli süreç		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	259,1 ±22,9	252,5 (212-306)	261 ±26,7	258,5 (225-322)	233,5 ±23,3	233,5 (217-250)	263,1 ±20,7	259 (221-315)	0,287
Fiziksel belirtiler	75,5 ±6,9	74,5 (64-93)	78,4 ±6,4	76,5 (71-88)	69 ±4,2	69 (66-72)	78 ±6,1	77 (67-94)	0,048
Davranışsal belirtiler	58,5 ±5,5	57 (45-71)	58,5 ±6,4	58 (49-73)	53,5 ±4,9	53,5 (50-57)	58,9 ±4,5	59 (49-69)	0,527
Çocuktaki belirtiler	28,1 ±3,5	27,5 (21-35)	28 ±3,1	28 (23-33)	26,5 ±2,1	26,5 (25-28)	28,8 ±3,2	28 (23-35)	0,580
Ebeveyn özellikleri	44,7 ±5,2	46 (35-53)	44,3 ±7,7	44,5 (29-58)	39 ±5,7	39 (35-43)	44,7 ±5,2	43 (33-60)	0,557
Çocuk özellikleri	20,7 ±2,8	21 (15-26)	20,6 ±4,2	20,5 (14-30)	19 ±1,4	19 (18-20)	21,1 ±3,2	21 (13-29)	0,664
Ailesel özellikler	31,7 ±4,1	31,5 (24-38)	31,2 ±4,5	32 (25-40)	26,5 ±4,9	26,5 (23-30)	31,6 ±3,8	31 (22-40)	0,441

*Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların şüpheli durumlarda bildirim yapma durumları, bildirimci savcılığa, kolluk kuvvetlerine, sosyal hizmetlere ve il sağlık müdürlüğüne bildirmeleri ile ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyut toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15-18, 20). Şüpheli durumlarda adli bildirim yapacağını söyleyen katılımcılar, yapacağını söylemeyen katılımcılara göre daha yüksek İİYÇÖ alt boyutu toplam puanına sahipti ($p=0,034$). Adli bildirim yapma durumu ile toplam ölçek puanı ve toplam ölçek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 19).



Tablo 15. Katılımcıların ÇİVİ şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Çocuk İstismarı veya İhmali şüphesinde bildirim yapar mısınız?				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	259,7 ±26,4	261 (212-300)	261,2 ±21,9	257 (217-322)	0,812
Fiziksel belirtiler	74,1 ±4,1	76 (68-80)	77,3 ±6,6	77 (64-94)	0,242
Davranışsal belirtiler	58,7 ±8	59 (45-69)	58,6 ±4,8	58 (49-73)	0,887
Çocuktaki belirtiler	27,4 ±4,7	26 (21-35)	28,5 ±3,2	28 (23-35)	0,332
Ebeveyn özellikleri	45,6 ±6,8	46 (36-57)	44,5 ±5,4	44 (29-60)	0,733
Çocuk özellikleri	21,3 ±2	21 (18-24)	20,9 ±3,2	21 (13-30)	0,605
Ailesel özellikler	32,6 ±4,9	33 (24-39)	31,4 ±3,9	31 (22-40)	0,388

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 16. Katılımcıların ÇİVİ şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Bildirimi savcılığa ulaşarak yaparım				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	
Toplam puan	261,5 ±22,9	257,5 (212-322)	257,7 ±13,4	256 (238- 276)	0,746
Fiziksel belirtiler	77,5 ±6,6	76,5 (64- 94)	74 ±5,1	73 (68-84)	0,090
Davranışsal belirtiler	58,6 ±5,1	58 (45-73)	58,5 ±3,8	58 (52-67)	0,979
Çocuktaki belirtiler	28,4 ±3,4	28 (21-35)	28,3 ±1,2	29 (26-30)	0,670
Ebeveyn özellikleri	44,6 ±5,5	44 (29-60)	44,2 ±4,8	44 (35-51)	0,967
Çocuk özellikleri	20,8 ±3,2	21 (13-30)	21,9 ±2,7	21 (18-27)	0,260
Ailesel özellikler	31,6 ±4	32 (22-40)	30,9 ±3,4	31 (26-37)	0,556

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 17. Katılımcıların ÇİVİ şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Bildirimi sosyal hizmetlere ulaşarak yaparım				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	
Toplam puan	261,4 ±21,1	256 (217- 322)	260,5 ±24,4	261 (212- 315)	0,908
Fiziksel belirtiler	77,2 ±5,9	77 (64-94)	76,9 ±7,7	76 (67-93)	0,531
Davranışsal belirtiler	58,7 ±4,9	57 (49-73)	58,5 ±5,3	59 (45-71)	0,761
Çocuktaki belirtiler	28,3 ±3,2	28 (23-35)	28,8 ±3,4	28 (21-35)	0,412
Ebeveyn özellikleri	44,7 ±5,4	44 (33-60)	44,2 ±5,6	44 (29-56)	0,886
Çocuk özellikleri	20,9 ±3,2	21 (13-30)	20,9 ±3,1	21 (15-28)	0,792
Ailesel özellikler	31,7 ±4,1	32 (22-40)	31,2 ±3,8	31 (24-40)	0,425

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 18. Katılımcıların ÇİVİ şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Bildirimi kolluk kuvvetlerine ulaşarak yaparım				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min- max)	
Toplam puan	258,3 ±21,1	255,5 (212-306)	263,6 ±22,9	261 (217- 322)	0,318
Fiziksel belirtiler	75,8 ±5,4	75 (67-93)	78,3 ±7,2	78 (64-94)	0,052
Davranışsal belirtiler	58,6 ±4,9	57,5 (45- 69)	58,7 ±5,1	58 (49-73)	0,779
Çocuktaki belirtiler	28,2 ±3,4	27 (21-35)	28,6 ±3,1	28 (23-35)	0,353
Ebeveyn özellikleri	43,9 ±5,5	44 (29-57)	45,2 ±5,4	44 (35-60)	0,477
Çocuk özellikleri	20,7 ±3,1	21 (15-29)	21,1 ±3,2	21 (13-30)	0,498
Ailesel özellikler	31,2 ±3,8	31 (22-39)	31,7 ±4,1	32 (23-40)	0,584

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 19. Katılımcıların ÇİVİ şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Bildirimi adli rapor düzenleyerek yaparım				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	256,7 ±23,7	255 (212-315)	264 ±20,7	259 (221-322)	0,099
Fiziksel belirtiler	75,8 ±7,2	75 (64-94)	78 ±6	77 (67-91)	0,065
Davranışsal belirtiler	57,6 ±5,7	57 (45-69)	59,3 ±4,4	58 (49-73)	0,085
Çocuktaki belirtiler	28,3 ±3,4	28 (21-35)	28,5 ±3,2	28 (23-35)	0,586
Ebeveyn özellikleri	44 ±5,8	43 (29-60)	44,9 ±5,2	44 (33-58)	0,338
Çocuk özellikleri	20 ±2,8	20 (15-25)	21,5 ±3,3	21 (13-30)	0,034
Ailesel özellikler	31,1 ±4,2	31 (23-40)	31,7 ±3,8	31,5 (22-40)	0,489

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 20. Katılımcıların ÇİVİ şüphesinde bildirim yapma durumları ile ÇİİBRTYÖ arasındaki ilişki

	Bildirimi il sağlık müdürlüğüne ulaşarak yaparım				İstatistiksel Analiz (p değeri)*
	Hayır		Evet		
	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	Ortalama ±SD	Ortanca (min-max)	
Toplam puan	261,7 ±22,1	258,5 (212-322)	257,2 ±22,3	256 (217-309)	0,511
Fiziksel belirtiler	77,2 ±6,6	76 (64-94)	76,5 ±5,9	76 (66-85)	0,800
Davranışsal belirtiler	58,7 ±5,1	58 (45-73)	58,2 ±4,7	57 (50-67)	0,685
Çocuktaki belirtiler	28,5 ±3,3	28 (21-35)	28 ±2,7	28 (24-35)	0,692
Ebeveyn özellikleri	44,7 ±5,4	44 (29-60)	43,7 ±6,1	44 (35-58)	0,495
Çocuk özellikleri	21,1 ±3,1	21 (14-30)	19,8 ±3,5	19 (13-26)	0,208
Ailesel özellikler	31,6 ±3,9	31,5 (22-40)	31,1 ±4,2	31 (23-38)	0,740

*Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların ölçek puanlarının arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; tüm ölçek puanlarının birbiri ile pozitif yönde anlamlı korelasyon ilişkisi bulunmakta idi ($p < 0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21. ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarının arasındaki korelasyon ilişkisi

		Toplampooan	Fiziksel belirtiler	Davranışsal belirtiler	Çocuktaki belirtiler	Ebeveyn özellikleri	Çocuk özellikleri	Ailesel özellikler
Toplampooan	r p	1,000 -						
Fiziksel belirtiler	r p	0,740 <0,001	1,000 -					
Davranışsal belirtiler	r p	0,857 <0,001	0,554 <0,001	1,000 -				
Çocuktaki belirtiler	r p	0,778 <0,001	0,504 <0,001	0,662 <0,001	1,000 -			
Ebeveyn özellikleri	r p	0,814 <0,001	0,420 <0,001	0,657 <0,001	0,659 <0,001	1,000 -		
Çocuk özellikleri	r p	0,660 <0,001	0,388 <0,001	0,502 <0,001	0,374 <0,001	0,498 <0,001	1,000 -	
Ailesel özellikler	r p	0,803 <0,001	0,482 <0,001	0,691 <0,001	0,561 <0,001	0,658 <0,001	0,510 <0,001	1,000 -

Spearman korelasyon testi

5. TARTIŞMA

ÇİVİ, maruz kalan çocukta ciddi yaralanmalara hatta ölümlere neden olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur (73). Tanı konulmasında, yaralanmaların ve ölümlerin önlenmesinde hekimlerin ÇİVİ hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığı çok önemlidir (74). Yapılan rutin sağlık taramaları ve sağlık kuruluşuna başvurularda ilk basamağı oluşturmasından dolayı aile hekimlerinin ÇİVİ ile karşılaşma olasılığı yüksek olması sebebiyle bu konu hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olması önemlidir.

Çalışmamız Sivas ili merkezindeki ASM'lerde aktif olarak görev yapmakta olan, ÇİVİ'nin tanısında, tedavisinde ve tekrarlanmasının önlenmesinde önemli role sahip olan hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin ve konuya yaklaşımlarının belirlenmesi, vaka ile karşılaşıldığında tanı konması, istismara karşı alınacak önlemlere karşı duyarlılıklarının artırılması ve yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırma yapılarak ÇİVİ konusundaki bilgi düzeylerinde yıllar içerisinde bir değişiklik olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan 105 hekimin yaşları 27 ile 68 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $45,7 \pm 9,3$ olarak bulunmuştur. Demir tarafından 2012 yılında Edirne ili ve ilçelerinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan hekimlerin ÇİVİ'ye yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amacıyla yapılan başka bir çalışmada katılımcıların ortalama yaşının 39,73 olduğu saptanmıştır. Yine Solak tarafından 2018 yılında Adana'da yapılan benzer bir çalışmada yaş ortalaması 47,46 olarak bulunmuştur (14,75). Literatür bulgularında olduğu gibi bizim çalışmamızda da yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeninin aile hekimliği sistemine geçişte sağlık hizmet puanının etkili olması, yaşça ileri olan hekimlerin aile hekimliği sistemine geçişte genç hekimlere göre daha avantajlı olması söylenebilir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %66,7'sinin 16 yıl ve üstü hekimlik tecrübesi olması bu bulguları destekler niteliktedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %34,3'ü (n=36) kadın, %65,7'si (n=69) erkek olarak saptanmıştır. Aydın'da birinci basamak hekimlerine yönelik yapılan benzer bir çalışmada katılan hekimlerin %43,6'sının kadın, %56,4'ünün erkek olduğu saptanmıştır (66). Edirne'de aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin katıldığı bir araştırmada katılımcıların %64,2'sinin erkek, %35'inin kadın olduğu saptanmıştır (14). Bursa'da aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada katılımcıların

%44,9'unun kadın, %55,1'inin erkek olduğu saptanmıştır (76). Bu durumun katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması ve geçmiş yıllarda erkeklerin hekimliği daha çok tercih etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcı hekimlerin yüksek oranda evli (%87,6) ve çocuk sahibi (%84,5) olduğu tespit edilmiştir. Denizli ilinde 2015 yılında yapılan benzer bir çalışmada katılımcı hekimlerin %84'ünün evli olduğu görülmüştür (13). Malatya'da 2020 yılında sağlık çalışanlarına yapılan benzer bir çalışmada hekimlerin %84,8'inin evli olduğu, %82,9'unun çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların evli ve çocuk sahibi olma oranlarının yüksek olması literatür bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Adana ilinde 2018 yılında yapılan benzer bir çalışmada aile hekimlerinin %91,46'sının pratisyen, %5,86'sının aile hekimliği uzmanı, %2,66'sının aile hekimliği asistanı pratisyen olduğu saptanmıştır. Ankara ilinde 2018 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan aile hekimlerinin %71,77'sinin pratisyen hekim olduğu saptanmıştır (77). Bizim çalışmamızda da katılımcı hekimlerin %89,5'inin pratisyen hekim, %10,5'inin aile hekimliği uzmanı olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarda olduğu gibi pratisyen hekim oranının yüksek olması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığı eğitiminin 1985 yılında başladığı belirlenmiştir (78). Dolayısıyla diğer branşlara kıyasla, aile hekimliği uzmanlığının görece daha yeni bir branş olması ve aile hekimliği sistemine geçişte sağlık hizmeti puanının etkili olması ve yaşça büyük pratisyen hekimlerin sisteme geçişte aile hekimlerinden daha avantajlı olması bu durumu açıklayabilmektedir. Bu durumu destekler nitelikte çalışmamıza katılan hekimlerin %66,7'sinin hekimlik tecrübesinin 16 yıl ve üstü olduğu saptanmıştır. Tıpta uzmanlık eğitiminde artan Aile Hekimliği Uzmanlığı kontenjanlarının ilerleyen senelerde aile hekimliği sistemindeki uzman oranını artıracığı da öngörülmektedir.

Katılımcı hekimlerin tıp eğitiminde ÇİVİ hakkında eğitim alma oranı %71,4, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra eğitim alma oranının %73,3 olduğu saptanmıştır. Aydın'da 2021 yılında yapılan benzer çalışmada tıp eğitiminde aile hekimlerinin eğitim alma oranının %63,9 olduğu, mezuniyet sonrası eğitim alma oranının %35,2 olduğu tespit edilmiştir (66). Adana'da 2018 yılında yapılan benzer konulu bir diğer çalışmada tıp fakültesinde konu ile ilgili eğitim alma oranının %41,6

olduğu, %48,8'inin mezuniyet sonrası eğitim aldığı saptanmıştır (75). Çalışmamızın sonucuna göre görev yapmakta olan aile hekimlerinin mezuniyet öncesi ve sonrası ÇİVİ hakkında eğitim alma oranları yüksek çıkmıştır. Katılımcılardan %75,2'sinin daha fazla eğitim almaları gerektiğini bildirmiştir. ÇİVİ hakkında farkındalık düzeyinin artırılması için eğitim seminerleri düzenlenerek hekimlerin tanı ve tedavide daha bilgili olması sağlanmalıdır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %40'ının meslek hayatında ÇİVİ vakası ile karşılaştığı, son bir yılda ise %9'unun ÇİVİ vakası ile karşılaştığı tespit edilmiştir. Aydın'da 2021 yılında birinci basamak hekimlerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %59,5'inin hayatı boyunca ÇİVİ vakası ile karşılaştığı bildirilmiştir (66). Malatya'da 2020 yılında sağlık çalışanlarının %21,9'unun meslek hayatı boyunca çocuk istismarı olgu veya şüphesi ile karşılaştığı bildirilmiştir (79). Adana'da 2018 yılında yapılan benzer çalışmada aile hekimlerinin %39,2'sinin çalışma hayatları boyunca çocuk istismarı vakası ile karşılaştığı belirtilmiştir (75). Hekimlerin meslek hayatı boyunca ÇİVİ vakası ile karşılaşma oranının çalışmamızda ve diğer benzer çalışmalarda düşük çıkma sebebinin hekimlerin bilgi ve farkındalık düzeyinin eksik olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki meslek hayatı boyunca ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin hangi tür istismar ile karşılaştıkları irdelendiğinde %57,1'inin fiziksel istismarla, %28,6'sının cinsel istismarla, %35,7'sinin duygusal istismarla, %19'unun ekonomik istismarla, %61,9'unun ihmal ile karşılaştığı saptanmıştır. Çocuk istismarı türleri arasında fiziksel istismarın en fazla karşılaşılan istismar türü olmasının, fiziksel istismar bulgularının daha kolay tespit edilebilmesi ile açıklanabilmektedir.

Bizim çalışmamızda hekimlerin ÇİVİ vakası ile karşılaştığında en çok zorlandığı konu incelenmiş olup, hekimlerin %58,1'inin adli süreçte, %30,5'inin öykü almada, %9,5'inin fizik muayenede, %1,9'unun kayıt tutmada zorlandığı tespit edilmiştir. ÇİVİ ile karşılaştığı halde bildirim yapmayan hekimlerin gerekçeleri irdelenerek %42,9'unun yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü için, %42,9'unun adli süreçten çekindiği için, %28,6'sının nereye bildirim yapıldığını bilmediği için, %57,1'inin bildirim yaptıktan sonra çocuğun daha kötü etkileneceğini düşündüğü için bildirim yapmadıkları saptanmıştır. Canbaz ve ark. Samsun'da sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerle yaptığı bir çalışmada, benzer konu irdelenmiş ve hekimlerin

istismar olgularında atlama nedenleri araştırılmış olup hekimlerin %37,1'inin istismar olgusuyla sık karşılaşmaması, %28,6'sının doktorların konu ile ilgili eğitimlerinin eksik olması, %18,6'sının aile içi sorunlara karışmak istememeleri, %15,7'sinin anne-babanın çocuğa zarar verebileceği nedenleriyle çocuk istismarı olgularının atlandığı bildirilmiştir (80). Kara'nın yaptığı benzer bir çalışmada çocuk istismarı ile karşılaşmış hekimlerde bildirim yapmama nedenleri irdelenmiş ve hekimlerin %78,3'ünün konu hakkında bilgi yetersizliği nedeni ile bildirim yapmadığı ifade edilmiştir (81). Literatürdeki benzer çalışmalar ve bizim çalışmamızdaki bulgular incelendiğinde, hekimlerin ÇİVİ konusunda yetersiz bilgi ve farkındalığa sahip oldukları ve çocuğun bildirimden sonra daha kötü etkileneceğinin düşünmeleri gibi yanlış tutum ve davranış içerisinde oldukları görülmektedir.

Çalışmamızda ÇİVİ şüphesinde bildirim nasıl yapacakları sorusuna hekimler %60,9'unun adli rapor düzenleyerek, %52,4'ünün kolluk kuvvetine ulaşarak, %33,3'ünün sosyal hizmetlere bildirim yaparak, %11'inin savcılığa ulaşarak, %13'ünün sağlık müdürlüğüne ulaşarak bildirim yapacağını belirtmiştir.

Çalışmamızdaki aile hekimlerinin ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ölçek puan ortalaması $3,9 \pm 0,3$ olarak bulunmuştur. Benzer çalışmalara bakıldığında Burdur'da 2022 yılında aile hekimleri, hemşire ve ebelerin ÇİVİ konusunda farkındalık düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada genel ölçek puan ortalaması $4,10 \pm 0,3$ bulunmuştur. Edirne'de 2012 yılında yapılan benzer çalışmada genel ölçek puanı $3,86 \pm 0,33$ olarak saptanmıştır. Adana'da 2018 yılında yapılan benzer bir çalışmada genel ölçek puanı 3,90 olarak bulunmuştur. Çalışılan ölçekte hekimler soruya yanlış cevap verdiğinde 3'ün altında puan almaktadır. Hekimlerin alabileceği maksimum puan 5'tir. Bizim çalışmamızda ve incelenen benzer çalışmalarda alınan puanlar benzer olup, hekimlerin genel olarak ÇİVİ konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin ÇİİBRTYÖ'nün alt ölçeklerinden İÇÜFB alt boyutundan ortalama $4,1 \pm 0,3$ puan aldığı, ÇİİÇDB alt boyutundan ortalama $3,9 \pm 0,3$ puan aldığı, İÇÜB alt boyutundan ortalama $4,1 \pm 0,5$ puan aldığı, İİYEÖ alt boyutundan ortalama $3,7 \pm 0,5$ puan aldığı, İİYÇÖ alt boyutundan $3,5 \pm 0,5$ puan aldığı, ÇİİAÖ alt boyutundan ortalama $3,9 \pm 0,5$ puan aldığı saptanmıştır. Hekimlerin, ihmale yatkın çocukların özellikleri hakkında daha az bilgi sahibi olduğu görülmektedir. İstismara ve ihmale yatkın çocuklarda birincil korumayı sağlayacağı için düzenlenecek

eğitimlerle hekimlerin bu konulardaki bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılmasının sağlanması önemlidir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş grupları ile ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grubu ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptandı. Ancak yapılan post-hoc testlerde gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yaş gurubu ile İÇÜFB alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptandı. 40 yaş altı hekimlerin ortalama ölçek puanı $270,1 \pm 23,2$ olarak, 50 yaş ve üstü bireylerde ölçek toplam puanının $256,5 \pm 21,5$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bu durum bize yaş arttıkça farkındalık ve bilgi düzeyinin düştüğünü göstermektedir. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Adana'da 2018 yılında yapılan bir çalışmada yaş arttıkça alınan toplam puanının azaldığı (75), Edirne'de 2012 yılında yapılan başka bir çalışmada düşük yaş grubundaki hekimlerin ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu (14) saptanmıştır. Çalışmamızdaki yaş grupları ile genel ölçekten alınan puanlar arasındaki ilişkiler literatürdeki benzer çalışmalarla uygun bulunmuştur. Tıp fakültesi eğitim müfredatında ÇİVİ hakkında eğitimlerin görece yeterli olması dolayısıyla küçük yaştaki hekimlerin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hekimlere mezuniyet sonrası da ilerleyen yıllarda tekrarlayıcı olarak ÇİVİ konusunda güncel sürekli tıp eğitiminin programlandırılmasının ÇİVİ'nin önlenmesi ve tanılandırılmasında önemli olacağı sonucuna varıldı.

ÇİİBRTYÖ kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; Aydın'da birinci basamak hekimlerinin katıldığı benzer konulu bir çalışmada cinsiyetin genel ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (66). Adana'da 2021 tarihinde aile hekimlerinin katıldığı aynı konuda yapılan bir çalışmada cinsiyet farkının genel ölçek puanında anlamlı bir sonuca neden olmadığı saptanmıştır. 2012 yılında Edirne'de ASM'lerde görev yapan aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada genel ölçek, ebeveyn özellikleri ve çocuk özellikleri ile ilgili alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ve kadınların daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda da katılımcıların cinsiyetleri ile ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4) İİYÇÖ alt boyutu puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p=0,049$). Ancak cinsiyet ile toplam puan ve diğer alt boyutlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadınların çocuk özelliklerini daha iyi tanınmasında, katılımcıların çoğunun çocuk

sahibi olması, çocuğun anne ile daha çok vakit geçirmesi ve bakımında annenin daha çok görev alması çocuktaki farklılıkların saptanmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %87,6'sı evli ve %84,8'inin çocuğu vardı. Katılımcıların medeni durumları ve çocuğa sahip olma durumları ile ölçek toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bizim çalışmamızda olduğu gibi yapılan diğer benzer çalışmalarda da çocuk sahibi olmanın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (14,28,79).

Çalışmamıza katılan hekimlerin ünvanı ile ölçek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; aile hekimliği uzmanı olanların pratisyen aile hekimlerine göre toplam ölçek puanı ve İİYÇÖ alt boyutu toplam puanının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aydın'da 2021 yılında yapılan benzer bir çalışmada (66) aile hekimliği uzmanlarının ölçek genel puan ortalamasında ve çocuktaki fiziksel belirti ve ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu bulgular bize, ÇİVİ'nin belirti ve risklerini tanımada ve farkındalığı oluşturmada aile hekimliği uzmanlığı eğitimi almış hekimlerin pratisyen hekimlerden daha başarılı olduğunu göstermektedir. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi sürecinde hekimlerin 3. basamak sağlık merkezlerinde eğitim görmesi, uzmanlık eğitimlerinde yaptıkları Çocuk Hastalıkları ve Acil rotasyonlarında daha komplike vakalarla karşılaşmaları, eğitim sürecinde yapılan seminerlerin bu konuda etkili olduğu düşünülebilir. Son yıllarda aile hekimliği uzmanlığı kadrolarındaki artış, aile sağlığı merkezlerinde artan aile hekimliği uzmanı sayısı çocuk istismarı ve ihmalinin tanınması, erken tedavi ve gelişen komplikasyonların önüne geçilmesinde etkili olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyutu puanları ile tıp eğitiminde ÇİVİ hakkında eğitim alma durumları ve mezun olduktan sonra ÇİVİ hakkında eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Araştırılan benzer çalışmalarda da bu tablo gözükmemektedir. Adana'da 2018 yılında yapılan çalışmada ölçek genel ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Her ne kadar mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma durumu genel ölçek puanında ve alt ölçek puanlarında anlamlı bir sonuç çıkmasa da, Aydın'da 2021 yılında yapılan aile hekimliği uzmanlığı asistanlarının da

dahil edildiği çalışmada mezuniyet öncesi eğitim alanların genel ve tüm alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır (66). Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde geçmişe göre ÇİVİ konusuna daha çok önem verilmesi bu farklılığın çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hekimlere ÇİVİ hakkında eğitim almasının gerekip gerekmediği sorulduğunda %73,3'ünün "evet" olarak cevapladığı görülmektedir. ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim almak isteyen katılımcıların, eğitim almak istemeyen katılımcılara göre İİYÇÖ alt boyutu toplam puanının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bir konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ve o konuda daha fazla eğitim alma ihtiyacı, ilgilenilen konunun farkındalığını artırabilmektedir. Çalışmamızdaki çocuk özellikleri alt boyutu toplam puanının anlamlı yüksek bulunması, ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim almak isteyen hekimlerin, bu konudaki farkındalık düzeylerinin, eğitim almak istemeyen hekimlerden daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin daha önce ÇİVİ ile karşılaşmış karşılaşmadığı irdelenmiş ve katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyutu puanları ile daha önce ÇİVİ vakası ile karşılaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde taranan benzer çalışmalar da bizim çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olarak anlamlı görülme de, bazı çalışmalarda ÇİVİ ile karşılaşmış olması, genel ölçek puanını artırarak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye yol açmıştır. Aydın'da 2021 yılında yapılan çalışmada hekimlerin meslek hayatı boyunca çocuk istismarı olgusuyla karşılaşmış karşılaşmaması ile ölçek puanları arasında anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (66). Edirne'de 2012 yılında yapılan benzer çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (14). Ancak Adana'da 2018 yılında yapılan benzer bir çalışmada meslek hayatları boyunca ÇİVİ vakası ile karşılaşan aile hekimlerinin ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek çıktığı da tespit edilmiştir (75). Değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda ÇİVİ konusunda farklı sonuçlar çıksa da, ÇİVİ vakasıyla karşılaşan hekimlerin, karşılaşmayan hekimlere nazaran, farkındalık tecrübesinin artmış olması ÇİVİ'nin tanınması hakkında avantaj sağlar. Öyle ki sağlık hizmetlerinde teorik bilgi ve öğreti kadar uygulamanın ve tecrübenin de çok önemli olduğu açıktır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %84,8'inin, yapılan çalışma sonucu hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Oldukça yüksek olan bu oran, hekimlerin genel olarak ÇİVİ hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerine önem verdikleri anlamına gelmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından 2023 yılında yaptığımız bu çalışma, Sivas ili merkezinde bulunan ASM'lerde çalışmakta olan pratisyen aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının, ÇİVİ hakkında yaklaşımlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi, şüphelenilen vakalarda tanı konması, istismarın önlenmesindeki farkındalığın artırılması, hekimlerin bu konuda ihtiyaç duydukları eğitimlerin düzenlenmesine katkıda bulunmak, ayrıca hekimlerin konu hakkında bilgi düzeylerinde yıllar içerisinde diğer çalışmalara kıyasla sonuçlarında bir değişim olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Çalışmamıza 11'i aile hekimliği uzmanı, 94'ü pratisyen aile hekimi olmak üzere 105 hekim katılmıştır.
- Çalışmamıza katılan hekimlerin %34,3'ü (n=36) kadın, %67,7'si (n=69) erkektir. Kadınlar, erkeklere göre çocuk istismarı ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini tanımada daha bilgili bulunmuştur.
- Çalışmamıza katılan hekimlerin %26,7'si (n=28) 40 yaş altı grupta, %31,4'ü (n=33) 40-49 yaş aralığında, %41,9'u (n=44) 50 yaş ve üstü gruptadır. 40 yaş ve altı grupta bulunan hekimler, çocuk istismarı ve ihmaliinde çocuk ile ebeveyn özelliklerini tanımada diğer yaş gruplarına oranla daha başarılı bulunmuştur.
- Medeni durumuna göre katılımcıların %87,6'sı (n=92) evli, %12,4'ü (n=13) bekarıdır.
- Çalışmamıza katılan hekimlerin %84,8'inin (n=89) çocuk sahibi olduğu, %15,2'sinin (n=16) çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır.
- Hekimlerin ünvanına göre ayrım yapıldığında %10,5'inin (n=11) aile hekimliği uzmanı, %89,5'nin pratisyen aile hekimi olduğu görülmüştür. Aile hekimliği uzmanı olan hekimlerin, pratisyen hekimlere göre çocuk istismarı ve ihmaliini tanıma konusunda daha başarılı olduğu görülmüştür.
- Çalışmamıza katılan hekimlerin %4,8'inin (n=5) 0-5 yıl hekimlik tecrübesi olduğu, %15,2'sinin (n=16) 6-10 yıl hekimlik tecrübesi olduğu, %13,3'ünün (n=14)

11-15 yıl hekimlik tecrübesi olduğu, %66,7'sinin (n=70) 16 yıl ve üstü hekimlik tecrübesi olduğu saptanmıştır.

- Katılımcı hekimlerin %71,4'ünün (n=75) mezuniyet öncesi eğitim aldığı, %73,4'ünün (n=77) mezun olduktan sonra eğitim aldığı tespit edilmiştir.

- Hekimlerden %75,2'si (n=79) ÇİVİ hakkında daha fazla eğitim alması gerektiğini belirtmiştir.

- Hekimlerin %40'ının (n=42) meslek hayatları boyunca ÇİVİ olgusuyla karşılaştığı saptanmıştır. Bu hekimlerin %76,2'sinin (n=32) son bir yıl içinde hiç vakayla karşılaşmadığı, %21,4'ünün (n=9) son bir yıl içinde 1-3 arası vaka ile karşılaştığı, %2,4'ünün (n=1) son bir yıl içerisinde vaka ile karşılaştığı belirtilmiştir.

- İstismarla karşılaşan hekimlerin en çok %61,9'u (n=26) ihmal vakasıyla ve %57,1'i (n=24) fiziksel istismarla karşılaştığı tespit edilmiştir.

- Hekimlerin en çok adli süreçte (%58,5) zorlandıkları tespit edilmiştir.

- Katılımcılarımızın %93,3'ü (n=98) ÇİVİ ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirtirken, bildirim yapan hekimlerin en çok %60,9'u (n=64) adli rapor düzenleyerek, %52,4'ünün (n=55) kolluk kuvvetine ulaşarak bildirim yapacağını belirtmiştir. Bildirim yapmak istemeyen (n=7) hekimlerin %57,1'inin (n=4) bildirim yaptıktan sonra çocuğun yaşamının daha kötü etkileneceğini düşündüğü için, %42,9'unun (n=3) adli süreçle uğraşmaktan çekindiği için, %42,9'unun (n=3) yeterli bilgiye sahip olmadığı için, %28,6'sının (n=2) nereye bildirim yapacağını bilmediği için bildirim yapmayacağını ifade etmiştir.

- Araştırmamıza katılan hekimlerin genel ölçek puanı ve alt ölçek boyutu puanları 3'ün üzerinde bulunmuştur. Hekimlerin en yüksek puan ortalaması "İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri" alt boyutundan elde edilirken (4,1±0,3), en düşük ise "İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri" alt boyutundan elde edilmiştir (3,5±0,3).

6.2 Öneriler

Hekimlik uygulamalarında zannedilenin aksine fazlaca karşılaşılan ÇİVİ, günümüz toplumunda büyük bir halk sağlığı sorunudur. Mağdur çocuklarda travmanın varabileceği son nokta olan ölüme neden olabildiği gibi, çocuğun hayatının geri kalanında geçici veya kalıcı ruh sağlığı problemine ve gelişme geriliklerine yol

açabileceği de bilinmektedir. Toplumun temel taşı ve geleceğini oluşturan çocukların genel sağlık durumlarını bu denli yıkıma uğratma potansiyeline sahip çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanınması, tanı konulduğunda bildirilmesi ve gerekli tedavilerinin yapılması, mağdur çocuklarda oluşan sorunların rehabilitasyonu hayati önem arz etmektedir. ÇİVİ ile en çok karşılaşan meslek grubu olan hekimlerin, bu konuda bilgi ve beceri sahibi olması bu durumun önüne geçmesinde kilit rol oynamaktadır.

Ülkemizde uygulanmakta olan sağlık sisteminde her bireyin sağlık hizmeti alımında ilk başvuru kaynağı olduğu göz önüne alındığında, aile hekimleri, ÇİVİ ile karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık hizmeti uygulayıcıları olması dolayısıyla bu çalışmada, Sivas ili merkezindeki ASM’lerde çalışmakta olan pratisyen aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının ÇİİBRTYÖ’den aldıkları puanlar irdelendi, genel olarak katılımcı hekimlerin ÇİVİ hakkında farkındalık ve bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görüldü.

Konunun önemi göz önüne alındığında, çocuk istismarı ve ihmalinin önüne geçmek için, hekimlik sanatının temelini oluşturan tıp eğitiminde ÇİVİ hakkında daha kapsamlı ve multidisipliner eğitim verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Katılımcı hekimlerin yaş grupları dikkate alındığında, mezuniyetinden uzun süre geçmiş hekimlerin konu hakkında daha az farkındalığa ve bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu sebeple konu hakkında belirli periyotlarla yapılacak güncel yenilikleri de kapsayan etkin kurum içi sürekli tıp eğitimlerin artırılması ve teşvik edilmesiyle hekimlerin farkındalığının ve bilgi düzeylerinin tıp eğitimi sonrasında da yeterli ve etkin kalması sağlanmalıdır.

Yaptığımız çalışmada aile hekimliği uzmanlarının ÇİVİ hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin pratisyen aile hekimlerine görece yüksek olduğu ancak yeterli olmadığı görülmektedir. Bu nedenle aile hekimliği uzmanlığı eğitim müfredatında konu ile ilgili düzenlemeler yapılması gündeme getirilebilir.

ÇİVİ ile karşılaşılması durumunda olay sonrası bildirim konusunda bazı hekimlerde bildirimin nereye ve nasıl yapılacağı konusunda da yeterli bilgiye sahip olmadığı gözlemlenmiştir. Bu hususta da hekimlere verilecek eğitimlere ihtiyaç duyulduğu açıktır.

7. KAYNAKLAR

1. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme | UNICEF Türkiye [İnternet]. [a.yer 08 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>
2. Türk Ceza Kanunu [İnternet]. [a.yer 08 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>
3. Karaca A. Hatay İli Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeyi [Uzmanlık Tezi]. [Hatay]: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi; 2022.
4. Üstündağ A, Şenol F, Mağden D. Ebeveynler Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Bilinçlendirilmesi. Hacet Univ Fac Health Sci J. 24 Haziran 2015;No Suppl2(1):212-27.
5. Burç A, Tüfekci FG. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;6(3):144-51.
6. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2015-2019 [İnternet]. 2020 [a.yer 03 Haziran 2023]. TÜİK Kurumsal. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvencuk-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2015-2019-33632>
7. Yılmaz Irmak T. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler [İnternet] [Doctoral Thesis]. Ege Üniversitesi; 2008 [a.yer 03 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://gcris.ege.edu.tr/handle/11454/3318>
8. Yaman S. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [Sivas]: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2017.
9. Kara O, Caliskan D, Suskan E. Comparison Of The Levels Of Knowledge And Approaches In Relation With Child Abuse And Neglect In Residents Of Pediatrics, Pediatricians And Practitioners Working In The Province Of Ankara. Türk Pediatri Arş. 2017;(49):57-65.
10. Uysal A. Çocuk istismarı ve ihmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması [Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi; 1998.

11. Geneva Declaration Of The Rights Of The Child of 1924 - UN Documents: Gathering A Body Of Global Agreements [İnternet]. [a.yer 21 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm>

12. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi. İçinde: Vikipedi [İnternet]. 2022 [a.yer 21 Ağustos 2023]. Erişim adresi: https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C4%B0nsan_Haklar%C4%B1_Evrensel_Bildirisi&oldid=28821557

13. Bilgiç H. Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri [Uzmanlık Tezi]. [Denizli]: Pamukkale Üniversitesi; 2015.

14. Demir H. Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi [Uzmanlık Tezi]. [Edirne]: Trakya Üniversitesi; 2012.

15. Child Maltreatment [İnternet]. [a.yer 17 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

16. İstismar Ne Demek TDK Sözlük Anlamı [İnternet]. [a.yer 17 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=istismar>

17. Celbiş O, Özdemir B, Kaya A. Cinsel Saldırıya Uğramış Çocuğun Muayenesi. Türk Pediatri Arş. 15 Haziran 2011;46(2):104-10.

18. Asirdizer M. The Attitudes Of Medical Doctors To Child Abuse Or Women Abuse Victims Applied To Emergency Services. [Acil Servislere Başvuran Çocuk Ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı- TURKISH]. Turk Klin J Med Sci. 01 Haziran 2006;Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006.:39-48.

19. İpek N. Arkaik ve Klasik Dönem Roma Ailesinde Çocuk ve Yeni Doğan Bebeğin Terk Edilmesi Meselesi. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Derg. 10 Aralık 2017;23(2):295-360.

20. Ruth S. K. The Battered Child. 5. Chicago: University of Chicago Pres; 1980. 694 s.

21. Finkelhor D, Korbin J. Child Abuse As An İnternational Issue. Child Abuse Negl. 1988;12(1):3-23.

22. Jain AM. Emergency Department Evaluation Of Child Abuse. Emerg Med Clin North Am. 01 Ağustos 1999;17(3):575-93.

23. Gorey KM, Leslie DR. The Prevalence Of Child Sexual Abuse: İntegrative Review Adjustment For Potential Response And Measurement Biases. *Child Abuse Negl.* Nisan 1997;21(4):391-8.
24. Finkelhor D. The International Epidemiology Of Child Sexual Abuse. *Child Abuse Negl.* Mayıs 1994;18(5):409-17.
25. Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury-Kassabri M. Maltreatment Of Primary School Students By Educational Staff In Israel. *Child Abuse Negl.* Aralık 2002;26(12):1291-309.
26. Christoffersen MN, DePanfilis D. Prevention Of Child Abuse And Neglect And Improvements In Child Development. *Child Abuse Rev.* 2009;18(1):24-40.
27. Lau JTF, Chan KK, Lam PKW, Choi PYW, Lai KYC. Psychological Correlates Of Physical Abuse In Hong Kong Chinese Adolescents. *Child Abuse Negl.* Ocak 2003;27(1):63-75.
28. Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Aslan A, vd. Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularımızın Demografik Ve Klinik Özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin Bir Yıllık Deneyimi. *Türk Pediatri Arş.* 01 Haziran 2012;47(2):119-24.
29. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İter O. Sexual Abuse Among Female High School Students In Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl.* Mart 2006;30(3):247-55.
30. Tunçel KE, Dunder C, Peşken Y. Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Aile İçi Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg.* 2007;17(2):105-10.
31. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması - Özet Raporu 2010 | UNICEF Türkiye [İnternet]. 2010 [a.yer 24 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010>
32. Djedda C, Facchin P, Ranzato C, Romer C. Child Abuse: Current Problems And Key Public Health Challenges. *Soc Sci Med* 1982. Eylül 2000;51(6):905-15.
33. Ben-Natan M, Sharon I, Barbashov P, Minasyan Y, Hanukayev I, Kajdan D, vd. Risk Factors For Child Abuse: Quantitative Correlational Design. *J Pediatr Nurs.* 2014;29(3):220-7.

34. Bernet W. Practice Parameters For The Forensic Evaluation Of Children And Adolescents Who May Have Been Physically Or Sexually Abused. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Ekim 1997;36(10 Suppl):37S-56S.
35. Keeshin BR, Dubowitz H. Childhood Neglect: The Role Of The Paediatrician. Paediatr Child Health. Ekim 2013;18(8):e39-43.
36. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Acta Medica. 01 Şubat 2004;35(2):82-6.
37. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child And Adolescent Abuse And Neglect Research: A Review Of The Past 10 Years. Part I: Physical And Emotional Abuse And Neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Ekim 1999;38(10):1214-22.
38. Karasu F, Bilgen F Gül. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal Ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışları. Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sos Bilim Derg. 06 Ağustos 2017;7(13):22-34.
39. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalık Derg. 2004;47(2):140-51.
40. Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Derg. 2007;34(1):70-4.
41. Maguire S. Which Injuries May Indicate Child Abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed. Aralık 2010;95(6):170-7.
42. Wagner GN. Bitemark Identification In Child Abuse Cases. 1986;8(96-100).
43. Wilson EF. Estimation Of The Age Of Cutaneous Contusions In Child Abuse. Pediatrics. 01 Kasım 1977;60(5):750-2.
44. Showers J, Garrison KM. Burn Abuse: A Four-Year Study. J Trauma. Kasım 1988;28(11):1581-3.
45. Zimmerman S, Makoroff K, Care M, Thomas A, Shapiro R. Utility Of Follow-Up Skeletal Surveys In Suspected Child Physical Abuse Evaluations. Child Abuse Negl. Ekim 2005;29(10):1075-83.
46. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental Head Injury In Infants-The “Shaken-Baby Syndrome”. N Engl J Med. 18 Haziran 1998;338(25):1822-9.

47. American Academy of Pediatrics: Committee On Child Abuse And Neglect. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries-Technical Report. Pediatrics. Temmuz 2001;108(1):206-10.
48. Meadow R. Different Interpretations Of Munchausen Syndrome By Proxy. Child Abuse Negl. 01 Mayıs 2002;26(5):501-8.
49. İnce T, Yurdakök K. Munchausen Syndrome by Proxy; A Serious Child Abuse Form. Turk J Pediatr Dis [İnternet]. 24 Eylül 2014 [a.yer 31 Ağustos 2023];8(3). Erişim adresi: <http://tchdergisi.org/index.php/tchd/article/view/478/427>
50. Guidelines For The Evaluation Of Sexual Abuse Of Children: Subject Review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics. Ocak 1999;103(1):186-91.
51. Faller K, Henry J. Child Sexual Abuse: A Case Study In Community Collaboration. Child Abuse Negl. 01 Ekim 2000;24:1215-25.
52. Ayten Z-Page. Çocuk Cinsel İstismarı : Cinsel İstismara Neden Olan Etkenler Ve Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Etkileri. Türk Psikol Yazıları - TPD. 2004;7(13):103-13.
53. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 01 Haziran 2009;1(2):95-119.
54. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mart 2003;42(3):269-78.
55. Bozbeyoğlu AÇ, Koyuncu E, Kardam F, Sungur A. Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye’de Encest. Sosyol Araştırmaları Derg. 2010;
56. Ovayolu N, Uçan Ö, SeriNdağ S. Çocuklarda Cinsel İstismar. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2007;2(4).
57. Sirles EA, Lofberg CE. Factors Associated With Divorce In Intrafamily Child Sexual Abuse Cases. Child Abuse Negl. 1990;14(2):165-70.
58. Friedrich WN. Sexual Victimization And Sexual Behavior In Children: A Review Of Recent Literature. Child Abuse Negl. 1993;17(1):59-66.
59. Browne A, Finkelhor D. Impact Of Child Sexual Abuse: A Review Of The Research. Psychol Bull. 1986;99(1):66-77.
60. Talmadge LD, Wallace SC. Reclaiming Sexuality In Female Incest Survivors. J Sex Marital Ther. 1991;17(3):163-82.

61. Campbell AM, Hibbard R. More than Words: The Emotional Maltreatment Of Children. *Pediatr Clin North Am*. Ekim 2014;61(5):959-70.
62. Turhan E, Sangun O, İnandi T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı Ve Önlenmesi. *STED Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2006;15(9):153-7.
63. Claussen AH, Crittenden PM. Physical And Psychological Maltreatment: Relations Among Types Of Maltreatment. *Child Abuse Negl*. 1991;15(1-2):5-18.
64. Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child Emotional Maltreatment: A 2-year Study Of Us Army Cases. *Child Abuse Negl*. Mayıs 2001;25(5):623-39.
65. Sofuoğlu Z, Cankardaş Nalbantçılar S. Comparison of Characteristics of Judicial Child Abuse Cases Directed to Hospitals and Child Abuse Cases Detected by Health Care Professionals. *J Dr Behcet Uz Child Hosp [İnternet]*. 2018 [a.yer 01 Eylül 2023]; Erişim adresi: <http://www.behcetuzdergisi.com/jvi.asp?pdır=behcetuz&plng=eng&un=BUCHD-77045&look4=>
66. Kılıç B. Birinci Basamak Hekimlerinin Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanıma Durumu [Uzmanlık Tezi]. [Aydın]: Adnan Menderes Üniversitesi; 2021.
67. Lordoğlu K. Enformel İstihdam Ve Türkiye Kaynakları. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecm*. 2005;55(1):45-60.
68. Arslan BÇ. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Çocuk İstismarı Ve İhmali Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi; 2023.
69. Flaherty EG, Sege R. Barriers To Physician Identification And Reporting Of Child Abuse. *Pediatr Ann*. Mayıs 2005;34(5):349-56.
70. Güneş T. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde 0-6 Yaş Çocuğun İhmal Ve İstismarında Erken Tanı Ve Yönlendirme. *Toplum Ve Sos Hizmet*. 18 Mayıs 2017;28(1):247-62.
71. Lundgren R, Amin A. Addressing Intimate Partner Violence And Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence Of Effectiveness. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. Ocak 2015;56(1 Suppl):S42-50.
72. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismarı Ve İhmali: Ortopedik Yönleri. *Acta Medica*. 15 Nisan 2004;35(1):27-33.

73. Eija P, Mika H, Aune F, Leila L. How Public Health Nurses Identify And Intervene In Child Maltreatment Based On The National Clinical Guideline. Nurs Res Pract. 2014;2014:425460.

74. Anil AB, Anil M, Astarcioglu G, Şen S, Aksu N. Çocuk İstismarına Bağlı Ölümcül Kafa Travması: İki Vaka. Çocuk Derg. 01 Ekim 2009;9(4):199-202.

75. Yavuzalp SOLAK. Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi [Uzmanlık Tezi]. [Adana]: Çukurova Üniversitesi; 2018.

76. Özeren AM. Bursa İlinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Hipertansiyon Yönetimine Genel Yaklaşımları [Internet] [Uzmanlık Tezi]. [Bursa]: Bursa Uludağ Üniversitesi; 2022 [a.yer 22 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/docview/2734696917/abstract/B0CD636710994EFBPQ/1>

77. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Evaluation Of Referral From Perspective Of Family Physicians. Türkiye Aile Hekim Derg. 15 Eylül 2018;22(3):118-32.

78. Uğurlu M, Üstü Y. The Process Of Family Medicine Specialty Training And Points To Be Improved. Ank Med J [İnternet]. 30 Mart 2018 [a.yer 22 Eylül 2023]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.409047>

79. Yükseler A. Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Bilgi Ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. [Internet] [masterThesis]. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020 [a.yer 22 Eylül 2023]. Erişim adresi: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/18499>

80. Pekşen Y, Canbaz S, Turla A, Aker S. Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Ve tutumları. STEDSürekli Tıp Eğitimi Derg. 2005;14(11):241-6.

81. Kara O, (Caliskan) Odabas D, Suskan E. Ankara İlinde Görev Yapan Çocuk Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Doktorların Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Türk Pediatri Arş. 2014;49(1):57-65.



EKLER

EK 1: Araştırmada Kullanılan Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1- Yaşınız?

.....

2- Cinsiyetiniz?

a. Kadın

b. Erkek

3- Medeni durumunuz?

a. Evli

b. Bekar

4- Çocuğunuz var mı?

a. Evet

b. Hayır

c. Cevabınız evet ise kaç tane?

5- Ünvanınız?

a. Aile Hekimi

b. Aile Hekimliği Uzmanı

6- Hekimlik tecrübeniz?

a. 0-5 yıl

b. 6-10 yıl

c. 11-15 yıl

d. 16 yıl ve üzeri

7- Tıp eğitiminizde çocuk istismarı ve ihmali hakkında hiç eğitim aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

8- Mezun olduktan sonra çocuk istismarı ve ihmali hakkında hiç eğitim aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

9- Çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

10- Daha önce çocuk istismarı veya ihmali vakası ile karşılaştınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

11- Cevabınız evet ise son bir yılda kaç defa karşılaştınız?

.....

12- Cevabınız evet ise hangi tür istismarla karşılaştınız? (Birden fazla işaretlenebilir)

- a. Fiziksel İstismar
- b. Cinsel İstismar
- c. Duygusal İstismar
- d. Ekonomik İstismar
- e. İhmal

13- Çocuk İstismarı veya İhmal Vakası ile karşılaştığında sizi en çok zorlayan kısım?

- a. Öykü Alma
- b. Fizik Muayene
- c. Kayıt Tutma
- d. Adli Süreç (İhbar etme, adli rapor düzenlenme, sosyal hizmetlere bildirim yapma)
- e. Diğer:

14- Çocuk İstismarı veya İhmali şüphesinde bildirim yapar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

15- Cevabınız hayır ise neden yapmazsınız? (Birden fazla işaretlenebilir)

- a. Yeterli Bilgiye Sahip Olmadığım İçin
- b. Ayıracak Zamanım Olmadığı İçin
- c. Nereye Bildirim Yapıldığını Bilmediğim İçin

- d. Adli Süreçle Uğraşmaktan Çekindiğim için
- e. Bildirim Yaptıktan Çocuğun Daha Kötü Etkileneceğini Düşündüğüm için

16- 14. soruya cevabınız evet ise, bildirim nasıl yaparsınız? (Birden fazla işaretlenebilir)

- a. Savcılığa ulaşarak
- b. Sosyal hizmetlere bildirim yaparak
- c. Kolluk kuvvetine ulaşarak
- d. Adli rapor düzenleyerek
- e. Diğer:

17- Yapılan çalışmanın sonucu hakkında bilgi almak ister misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

EK 2: Araştırmada Kullanılan Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek Formu

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK						
Çocuk istismar ve ihmal konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz. Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.						
		Çok doğru	Ordu ka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3.	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4.	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7.	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8.	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
9.	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.	İntrakranial (kafa içi) ve intraoküler (göz içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik, cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda Gonore, Sifiliz gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.					
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
21.	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu, evlerine bağlıdır.					
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41.	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42.	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44.	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hic doğru değil
45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.					
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.					
48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmal açısından bir risktir.					
49.	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.					
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54.	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55.	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56.	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
57.	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58.	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.					
59.	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
60.	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61.	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmal için bir risktir.					
63.	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.					
66.	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					



EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

06.01.2023

Sayın Araş. Gör. Dr. Orhan BIYIKLIOĞLU

(Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı)

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

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

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

Prof.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı