

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE EĞİTİM
İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ**

DR. Volkan BAHADIR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE EĞİTİM
İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Volkan BAHADIR

Tez Danışmanı

Prof. Dr. T. Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. T. Müge ALVUR

Proje No : 2018/72

Etik Kurul Onay Tarihi : 21.02.2018

TEŐEKKÖRLER

Aile Hekimliği asistanlığına baŐladığım günden itibaren sevgisini, eğitimi ve desteğini esirgemeyen, bizi her zaman “sadece bir asistan” dan daha üstün görüp her daim kollayan, eğiten ve seven tez danıŐmanım ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Müge ALVUR’a;

Bu noktaya gelmemdeki emeklerini asla unutamayacağım, vazgeçebileceğim zamanlarda beni desteklemekten vazgeçmeyen anne, baba ve kardeŐime;

Tıp faköltesinin kapısından içeri girdiğim ilk günden ayrılacağım son güne kadar beni yalnız bırakmayan dostlarıma, beraber çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı saydığım çalışma arkadaŐlarım ve öğrenme isteğimi asla geri çevirmeyen nice kıdemli asistanım ve uzmanlarıma;

Ve son olarak hayatıma girdiği günden itibaren, dokunduğu her Őey gibi beni de ıŐıđıyla güzelleŐtiren, büyüten ve güldüren, elimi tutmaktan hiç yılmayan yol ve hayat arkadaŐım, sevgili eŐim Özlem BAHADIR’a teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BM	: Birleşmiş Milletler
ÇHS	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇİVİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
ÇİİBRTYÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek
ÇİİAÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (United Nations International Children's Emergency Fund)
İÇFB	: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri
İÇÜB	: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri
İİÇDB	: İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri
İİYEÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri
İİYÇÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEŞEKKÜRLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
TABLO DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ÇOCUĞUN TANIMI	3
2.2. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TANIMI	3
2.3. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TARİHSEL SÜRECİ.....	4
2.4. EPİDEMİYOLOJİ	4
2.5. DÜNYADA ÇOCUK HAKLARI VE TARİHSEL SÜRECİ	5
2.5.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi	5
2.5.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi	5
2.5.3. Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi	5
2.5.4. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi	6
2.5.5. Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi	6
2.6. ÜLKEMİZDE ÇOCUK HAKLARI VE TARİHSEL SÜRECİ	6
2.7. DÜNYADA ÇOCUK İSTİSMARI	7
2.8. TÜRKİYE’DE ÇOCUK İSTİSMARI	7
2.9. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ TÜRLERİ	8
2.9.1. Fiziksel istismar	8
2.9.1.1. Fiziksel İstismarda Risk Faktörleri	8
2.9.1.2. Fiziksel istismarda muayene bulguları	9
2.9.1.3. Sarsılmış Bebek Sendromu	10
2.9.1.4. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu	11
2.9.2. Duygusal İstismar	11
2.9.3. Cinsel İstismar	12
2.9.3.1. Cinsel İstismar Türleri	13
2.9.3.2. Cinsel İstismarda Risk Faktörleri	14
2.9.3.3. Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Klinik Belirtileri ve Etkileri	15
2.9.3.4. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)	15
2.9.3.5. Cinsel İstismarda Klinik Değerlendirme ve Tanı	16
2.9.4. İhmal	17
2.10. ÇOCUK İSTİSMARINDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER	18

2.11. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ	19
2.12. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLLERİ	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	21
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	21
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	21
3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ	21
3.7. ARAŞTIRMAYA KATILIM ORANI	21
3.8. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	21
3.9. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	21
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ	22
3.11. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ	22
3.12. VERİLERİN TOPLANMASI	23
3.13. VERİLERİN TOPLANMASINDA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	23
3.14. VERİLERİN İSTATİSTİK ANALİZİ	23
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇLAR	63
7. ÖZET	64
8. ABSTRACT	65
9. EKLER	66
10. KAYNAKÇA	73

TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Asistanların Sosyodemografik Özellikleri	25
Tablo 4.2. Çalışmaya Katılan Asistanların Tıp Fakültesinde ve Mezuniyet Sonrasında Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumları ve Tekrar Eğitim Alma Görüşleri	26
Tablo 4.3. Asistanların Gündelik Yaşamlarında ya da Çocuk Hastaların Muayenesinde İstismar Durumunu Göz Önünde Bulundurma, İhmal Durumunu Göz Önünde Bulundurma ve Çalıştıkları Kurumda Olası Çocuk İstismarı Durumunda Uygulanması Gereken Standart Prosedürleri Bilip Bilmediği Konusunda Farkındalıkları	27
Tablo 4.4. 12-78. Soruların Doğru Cevaplanma Oranları	27
Tablo 4.5. Katılımcıların 12-78. Sorularda Aldıkları Ortalama Puan	32
Tablo 4.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine ve Eğitim Durumlarına Göre Aldıkları Ortalama Puanların Karşılaştırılması	32
Tablo 4.7. Tıp Fakültesi Eğitimleri Esnasında veya Mezuniyet Sonrasında ÇİVİ Eğitimi Alan ve Almayan Katılımcıların, Gündelik Hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları	33
Tablo 4.8. Tıp Fakültesi Eğitimleri Esnasında veya Mezuniyet Sonrasında ÇİVİ Eğitimi Alan ve Almayan Katılımcıların, Gündelik Hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmali Vakasıyla Karşılaşma Durumları	34
Tablo 4.9. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları	34
Tablo 4.10. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmali Vakasıyla Karşılaşma Durumları	35
Tablo 4.11. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Eğitim Almayı İsteme Durumları	35
Tablo 4.12. Katılımcıların Meslek Sürelerine Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları	36
Tablo 4.13. Katılımcıların Meslek Sürelerine Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmali Vakasıyla Karşılaşma Durumları	36
Tablo 4.14. Katılımcıların Meslek Sürelerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Eğitim Almayı İsteme Durumları	37

Tablo 4.15. Katılımcıların Cinsiyete Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları	37
Tablo 4.16. Katılımcıların Cinsiyete Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmal Vakasıyla Karşılaşma Durumları	38
Tablo 4.17. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapları “Cinsiyet” Değişkenine Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 4.18. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Yaş” Değişkenine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 4.19. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Medeni Durum” Değişkenine Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 4.20. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Çocuk Sahibi Olma” Değişkenine Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.21. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Meslek Süresi” Değişkenine Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4.22. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “ÇİVİ Eğitimi Alma Durumu” Değişkenine Göre Karşılaştırılması	54

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk kavramı; tarih içinde toplumun inançlarına, ekonomilerine ve kültürlerine göre değişen bir kavram olarak yer almaktadır. “Çocuk Hakları Sözleşmesi”ne (ÇHS) göre, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır. ÇHS’nin 1. maddesinde, çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde daha önce rüşt yaşına erişilmedikçe 18 yaşını bitirmemiş kişiler “çocuk” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım “Türk Medeni Kanunu”nda kullanılan “küçük” kavramını kapsamaktadır.(1)(2)

Toplumun geleceğinde etki payı çok yüksek olan yeni nesillerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olması, kendi değerlerinin farkında olarak yetişmesi ve bu değerleri insanlığın yararına kullanabilmesi onlara sağlanacak olan koşullarla yakından ilgilidir. Çocuğun birey olarak çıkarını gözeten ve çocuğun çıkarını toplumun çıkarı ile bütünleştiren yaklaşım çocuğun toplumun geleceği olduğu düşüncesine içerik kazandırmaktadır. Çocukların sorumluluk sahibi, bilinçli ve nitelikli bir birey olarak yetiştirilmesi toplumun bugünü ve geleceği ile örtüşmektedir. Birey olarak her çocuğun temel hak ve özgürlüklerden, sosyal ve ekonomik haklardan yararlandırılması, geliştirilecek olan çocuk politikalarının ve uygulamalarının özünü oluşturmaktadır.(3)

Barınmadan beslenmeye, sağlıktan eğitime, yaşamın tüm alanlarında yaşanan eşitsizliklerden en çok etkilenen çocuklardır. Toplumun önemli bir kesimini oluşturan çocukların sağlıklı gelişmeleri, geleceğin toplumunun da sağlıklı olmasını sağlar. Bu nedenle sağlıksızlığa neden olan istismar ve ihmalin tanınması, önlenmesi ve uygun müdahaleler yapılması gereklidir. Çocuk istismarının insanlık tarihinin başlangıcı ile beraber olmasına karşın dünyada sorun olarak algılanması ve buna yönelik çalışmaların başlaması ancak 100 yıllık bir geçmişe sahiptir.Türkiye’de ise bu konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir.(4)

Çocuk istismarı ve ihmali(ÇİVİ) karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur.(5) Dünya Sağlık Örgütü bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır.(6)

Tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sorun olan çocuk istismarı ve ihmali(Cİİ), çocuğu yalnız icinde bulunduğu dönemde değil gelecekteki yaşantısını da olumsuz etkilemektedir(7)

18 yaş altındaki herkesin çocuk olarak kabul edildiği ülkemizde de çocuk istismarı, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur.(8)(9)

Bireyde bıraktığı kalıcı izler ve oluşturduğu sorunlar göz önüne alındığında, ÇİVİ önemli bir sosyal ve sağlık sorunudur. Bu olguların büyük bir bölümünün gizli kalması sorunu daha da arttırmaktadır. Çocuk istismarının kayıtlarda yer alan oranları gerçek rakamları yansıtmamaktadır. Kimi zaman aileyi veya istismarcıyı korumak, utanç, istismarın yinelenmesinden veya damgalanmaktan korkmak gibi birçok nedenle bu tür olgular açığa çıkmaz.(10)

Kimi zaman da polis, sosyal çalışmacılar ve sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risk faktörleri konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmamaları, önemli bulguların yok olmasına neden olmakta ve erken tanı ve tedaviyi engellemektedir. Sorunun özümlemesi aşamasında sağlık çalışanlarına önemli sorumluluk düşmektedir. Sağlık alışanlarının toplumu bilgilendirmelerinin yanı sıra diğer önemli bir görevi de istismar ve ihmal tanısının konulması ve adli makamlara bildirilmesidir. Bu noktada istismar ve ihmal olgularının tespit edilebilmesi için sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve riskleri konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini ve risk faktörlerini tanıma konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu ortaya koymaktadır. Bu konudaki ortak görüş sağlık çalışanlarının eğitim programında konunun yeterli düzeyde yer almamasıdır.(11)

Hekimler çocuk istismarının tanınmasında ve tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir.(12) İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini,hasarı tanımlamak,diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemine yapmaktır.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılan bu çalışmada, ocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) olgularının belirlenmesinde önemli görevler üstlenecek hekimlerin arasındaki eğitim, uzmanlık alanı farklılıklarından ve bazı demografik özelliklerinden kaynaklanan tutum ve davranışlarına yansıyan sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUĞUN TANIMI

Çocukluk kavramı; tarih içinde toplumun inançlarına, ekonomilerine ve kültürlerine göre değişen bir kavram olarak yer almaktadır. “Çocuk Hakları Sözleşmesi”ne (ÇHS) göre, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır. ÇHS’nin 1. maddesinde, çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde daha önce rüşt yaşına erişilmedikçe 18 yaşını bitirmemiş kişiler “çocuk” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım “Türk Medeni Kanunu”nda kullanılan “küçük” kavramını kapsamaktadır(1)(2)

Çocuk, eski devirlerden beri toplumların ilgilendiği bir varlıktır. Ancak, bu ilginin niteliği, kapsamı ve biçimi tarihsel gelişimde farklılıklar göstermektedir. Söz konusu farklılıklar, toplumların sosyal, kültürel gelişmesine, örgütlenmesine ve toplum içindeki egemenlik koşullarına bağlı bulunmaktadır. Çocuğun korunması yönündeki toplumsal ilgi önceleri dinsel etkiler altında ve dinsel nitelikteki kuruluşlar aracılığı ile olmuştur. Bu ilginin, dinsel etkenler dışında toplum çerçevesinde kurumsallaşması 19. yüzyılda başlamıştır(14)

2.2. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TANIMI

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ), ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür.(15)(16) Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur.(9)(17)

Çocuk ihmali" ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır.(18)

İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır. Çocuk ihmali fiziksel ve duygusal ihmal olarak ele alınmaktadır. Ancak bunları birbirinden ayırmak oldukça güçtür. Yakın kişilerin çocuğun gelişimine sürekli zarar veren hareketleri sonucu çocuğa sosyal olarak bulunan kaynakların sağlanmaması, bunlardan yoksun bırakılması fiziksel ihmal olarak adlandırılmaktadır.

İstismar türleri içinde belirlenmesi en kolay olan fiziksel istismar; çocuğun kaza dışı nedenlerle yaralanmasıdır.(3)Cinsel istismar ise çocuğun bir erişkin tarafından cinsel doyum amacı ile kullanılmasıdır.(15)

Duygusal ihmal ve istismar çocukluk çağında birçok farklı tavır ve davranışı içeren, ciddi ve sık görülen bir çocukluk çağı istismarıdır.(19) Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismardır.(20)

2.3. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TARİHSEL SÜRECİ

İnsanlık tarihi kadar eski, insanlığın en önemli sosyal yaralarından biri olan çocuk istismarı ve ihmali oldukça sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur.(21) Tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına rağmen ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın, hapse giren suçluların kaçının çocuklara karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ceza aldıklarını merak etmesi sonucu dikkati çekmiş ve çalışmasının sonucunda elde ettiği bulgular, çocuk istismarı kavramının ortaya atılmasına neden olmuştur.(22)(23)

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır(24)Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına dövülerek öldürülen 32 çocukta tespit ettiği otopsi bulgularını derleyerek değinmiştir.(25)(26) John Caffey 1946 yılında uzun kemik kırıkları, subdural hematom ve intraoküler kanama ile başvuran altı bebeği tariflediği klasik yazısını yayınlamıştır. Fakat bu yazıda nedenin travmatik olduğu düşünülse de hikayede travmanın kaynağı konusunda bir yorum yapılmamıştır. Tarihteki dönüm noktası ise Kempe ve arkadaşlarının 1962 yılında problemi "Dövülmüş Çocuk Sendromu" olarak tarifledikleri yayınlarıdır. 1974 yılında Caffey "Sallanmış Çocuk Sendromu" terimini literatüre kazandırmış ve subdural kanamanın nedeni olarak sallama epizodlarını göstermiştir.(27)

Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişmeye kuşkusuz 1989'da Birleşmiş Milletler'ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir.Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir.(28) Türkiye'de çocuk istismarıyla ilgili çalışmaların başlangıcı çok yeni olup, daha çok adli tıp, sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının öncülüğünde yürütülmektedir. 1991'de tıp doktoru, pedagog, psikolog, hukukçu ve gönüllüler tarafından kurulan, konuyla ilgili ilk dernek olan Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği ile Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği'nin çalışmaları özellikle vurgulanmalıdır.(8)

2.4. EPİDEMİYOLOJİ

Son yıllarda dünyada çocuk istismarı konusu, gerek tıbbi, gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanmaya başlamıştır. Bu durum Türkiye için de geçerlidir. Konunun yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasındaki güçlükler, inkar edilmesi ve gizli kalması sorunun önemini daha da artırmaktadır.(9)

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon ÇİVİ'ne maruz kalmakta ve desteğe ihtiyaç duymaktadır.(29) Yapılan çalışmalar dünyada çocukların, şiddetin çeşitli formlarına maruz kaldığını göstermektedir.Cristoffersen ve DePanfilis (2009)'in çalışmasında, çocukların %12'sinin fiziksel istismara,%38'inin fiziksel ihmale, üçte birinin ise psikolojik istismarın çeşitli türlerine maruz kaldığı bildirilmektedir.(30) Amerikan Çocuk Koruma Servislerinin bulgusu her 1000 çocuktan 4'ünün cinsel istismar mağduru olduğu yönündedir (3). Wu, Berenson ve Wieman (2003) da çalışmasında, yaşamları boyunca en az bir kez cinsel saldırıya maruz kaldığını bildiren adolesanların oranını % 21 olarak bildirmiştir.(31) ABD'de 2012 yılında yayınlanan son raporda 2010 yılı içinde yaklaşık 754000 çocuk kötü muameleye maruz kalmıştır. Bu vakaların %78.3'ü ihmale, %17.6'sı fiziksel istismara, %9.2'si cinsel istismara, %8.1'i duygusal istismara uğramıştır.Çocuk istismarı ve ihmali

nedeniyle 1560 tane ölüm gerçekleşmiştir (2.07/100000).Ek olarak 3.3 ile 10 milyon arasında çocuk da aile içi şiddete tanık olmuştur.(32)

Türkiye’de son yıllarda çocuk istismarı ile ilgili yapılan çalışmalar bize çocuk istismarının küçümsenmeyecek oranlarda olduğunu göstermektedir. Irmak (2008)’ın 12-17 yaş arasındaki ergenlerle yaptığı çalışmada fiziksel istismar oranı % 48, ihmal oranı % 17 ve cinsel istismar oranı % 8 olarak bulunmuştur.(33) Kaynar ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında öğrencilerin %60,1’inin çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır.(34) Ayan ve Kocacık (2009)’ın Sivas’taki 70 ilköğretim okulunda yaptıkları çalışma sonucu da benzer bir bulguyu ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın sonucuna göre, öğrencilerin % 54’ü anneleri, % 46’sı da babaları tarafından şiddete maruz kalmaktadır.(35) T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF iş birliği ile yapılan ve 2010 yılında yayınlanan ‘‘Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması’’ raporuna göre Türkiye’de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların yüzde 56’sının fiziksel istismara, yüzde 49’unun duygusal istismara, ve yüzde 10’unun cinsel istismara tanık olduğu, yüzde 51’inin duygusal istismara, yüzde 43’ünün fiziksel istismara, yüzde 3’ünün cinsel istismara ve yüzde 25’inin ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir.(36)

2.5. DÜNYADA ÇOCUK HAKLARI VE TARİHSEL SÜRECİ

2.5.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi (26 Eylül 1924)

1.Dünya Savaşı’nın ardından çocukların korunması konusunda, 1920 yılında Cenevre’de ‘‘Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği’’ adıyla bir örgüt kurulmuş ve bu örgüt 1923 yılında ‘‘Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi’’ni yayınlamıştır. Sonrasında Milletler Cemiyeti tarafından 1924 yılında yayınlanmış ve kabul edilmiştir.Bu bildirge, 1931 yılında Mustafa Kemal Atatürk tarafından imzalanmış ve Türkiye tarafından kabul edilmiştir.Bu bildirgede; çocuğun gelişmesi, korunması, eğitilmesi, kardeşlik ve barış ruhu içinde yetiştirilmesi ilkelerini içeren beş madde bulunmaktadır.(14)

2.5.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi (10 Aralık 1948)

İnsan Hakları Evrensel Beyanname, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nca 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilmiştir. Türkiye’de Bakanlar Kurulu tarafından kabul edildikten sonra 27 Mayıs 1949 tarihli ve 7217 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu bildiride genel olarak çocuk-erişkin ayrımı yapılmaksızın insan haklarından bahsedilmiştir; 25. maddenin 2. fıkrasında çocuklarla ilgili olarak ‘‘Analık ve çocukluk özel ihtimam ve yardım görmek hakkına sahiptir. Bütün çocuklar, evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı sosyal korunmadan faydalanırlar’’ hükmüne yer verilmiştir.(37)

2.5.3. Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi (20 Kasım 1959)

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde herkesin ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ve başka bir görüş, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuştan ya da benzeri bir statü ayrımı gözetilmeksizin bedensel ve zihinsel bakımdan henüz olgunlaşmamış olan çocuğun, doğumdan önce olduğu gibi doğumdan sonra da uygun yasal korunma dâhil özel gözetim ve bakıma gereksinime gösterdiği ve insanlığın çocuğa verebileceğinin en iyisini vermek gerektiği gerekçesiyle; çocuğun mutlu bir çocukluk geçirmesi ve kendisinin ve toplumun iyiliği için burada öne sürülen hak ve özgürlüklerden yararlanması amacıyla 20 Kasım

1959 tarihinde BM Teşkilatı Genel Kurulunca Çocuk Hakları Evrensel Bildir(38)isi ilan edilmiştir.

2.5.4. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi (20 Kasım 1989)

Geçen 30 yıllık süre içinde üye ülkeler açısından bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metnin hazırlanması gerekli görülmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989'da BM Genel Kurulu ÇHS'yi oy birliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan sözleşme aynı gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır. 2 Eylül 1990'da 20 ülke tarafından onaylanarak uluslararası bir yasa gücüyle yürürlüğe girmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve BM Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. ÇHS 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır.(3) Bugün dünya çocuklarının %99'u çocuk haklarını korumak için yasal yükümlülük altına giren ülkelerde yaşamaktadır. Sözleşmeyi onaylayan her ülke çocuklarla ilgili yükümlülüklerini yerine getirmelerinde ana-babalara ve sorumlu olan tüm kuruluşlara yardımcı olacak tüm önlemleri almakla yükümlüdür. Bunu yapacağını onaylamış ve imza ile yükümlülük altına girmiştir.(39)

ÇHS'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı, ihmali ve önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür. Sözleşmenin 39'uncu maddesi, silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır. ÇHS'nin 34'üncü maddesi de cinsel istismarla ilgili olup bu maddede fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel istismar ve sömürüden korumak konu edilmektedir. Çocuğun cinsel istismardan da korunması çok önemli bir konudur.(40)

2.5.5. Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi (25 Ocak 1996)

Türkiye 25 Ocak 1996'da imzaya açılan bu sözleşmeyi, 9 Haziran 1999'da imzalamış, 18 Ocak 2001'de "beyanda bulunmak suretiyle" onaylamıştır. Sözleşme, çocukların adli bir merci önünde boşanma, velayet ve şahsi ilişki kurulması gibi kendilerini etkileyen aile hukuku davalarına katılmak, tercih ve görüşlerini açıklamak ve bilgilendirmek olanağı tanınmak ve görüş ve arzuları da dikkate alınmak suretiyle çocuğun en fazla yararına olabilecek çözümlerin bulunması amacına yönelik hükümler içermektedir.(39)

2.6. ÜLKEMİZDE ÇOCUK HAKLARI VE TARİHSEL SÜRECİ

Ülkemizde anayasa düzeyinde çocukların korunmasına ilişkin ilk hüküm 1961 Anayasası'nda konulmuştur. Bu anayasanın 35. maddesinde devlet, ailenin, ananın ve çocuğun korunması için gerekli tedbirleri almak ve bunun için gerekli kurumları kurmakla yükümlü ve sorumlu tutulmuştur. Yoksul ve korunmaya muhtaç çocuklara Milli Eğitim, Koruma Birlikleri ve Çocuk Esirgeme Kurumu olmak üzere üç ayrı kurum tarafından götürülen hizmetlerde bütünlüğün sağlanması amacıyla 24 Mayıs 1983 tarihinde 2828 sayılı yasayla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü

kurulmuştur.(41) SHÇEK Kanunu; çocuk, aile, özürü ve yaşlı kişilere götürülen sosyal hizmetleri düzenlemektedir. Kanun; aileye ve çocuğa sosyal hizmet verme, korunmaya muhtaç çocuklara bakma ve koruma görevini SHÇEK'ya vermiştir.(14) Türk hukukunda, ÇHS ışığı altında önemli değişiklikler yapılmıştır. “07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”, 1982 Anayasası'nın 41. maddesine olumlu ayrımcılık şeklinde anlaşılması gereken şu hükmü eklemiştir: “Çocuklar, yaşlılar ve engelliler gibi özel surette korunması gerekenler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılamaz”. Anayasa'nın ailenin korunması başlıklı 41. maddesinde, ailenin Türk toplumunun temeli olduğu, devletin ailenin huzuru ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması için gerekli önlemleri alacağı, teşkilatı kuracağı hususu vurgulanmıştır. Çocuklar bakımından bakacak olursak 07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı kanunla 41. maddeye şu hüküm eklenmiştir: “Her çocuk, korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır”(42) 2005 yılında çıkartılan Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile ise özellikle suça sürüklenen çocukların da korunması hedeflenmiş, “çocuğun barınması” ve “danışmanlıkla” ilgili tedbirlerin uygulanması konusunda SHÇEK yükümlü kılınmıştır.(43)

2.7. DÜNYADA ÇOCUK İSTİSMARI

Çocuk istismarı ve ihmali dünyanın her yerinde rastlanan, konunun üzerine gidildikçe sıklığının oldukça fazla olduğu anlaşılan bir durumdur. Konu ile ilgili profesyonellerin duyarlılıkları ve bilgileri arttıkça, olgular için resmi bildirimler yapıldıkça sıklıkla ilgili rakamlar artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 70'ten fazla ülkede, 160'dan fazla uzman ile yapılan üç yıllık çalışmanın raporuna göre 2000 yılında şiddet nedeniyle 1 600 000 kişi hayatını kaybetmiştir (100.000'de 28.8). Bu ölümlerin neredeyse yarısı intihar,üçte bire yakını cinayet ve beşte biri savaş sebebiyle gerçekleşmiştir.(44) Dünya üzerindeki farklı ülkelerde yapılan 48 toplum tabanlı çalışmada ortaya koyulan sonuçlara göre: erkeklerin %5-10'u ve kadınların %20'si çocuklukları döneminde cinsel istismara uğradığını belirtmiştir.(44) Amerika Birleşik Devletleri The National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) raporlarına göre 2015 yılında raporlanan 1670 çocuk ölümü ÇİVİ'den kaynaklanmaktadır. Aynı rapora göre en çok istismara 3 yaşından küçük çocukların uğradığı bulunmuştur. ÇİVİ'den kaynaklanan ölüm olguları incelendiğinde %72,9 ölümün ihmalden, %43,9'unun fiziksel istismardan, %21,5'inin birden fazla çeşit istismar ve ihmalden, %1,1'inin duygusal istismardan ve %1,2 kadarının da cinsel istismardan kaynaklandığı bulunmuştur.(45) İsrail'de 5742 ilkökul öğrencisiyle yapılan bir anket çalışmasında öğrencilerin % 22,2'sinin fiziksel, % 29,1'nin duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir.(46) Kanada' da ihmal ile ilgili yapılan ulusal bir çalışmada %19 fiziksel ihmal, %12 terk edilme, %11 eğitim ihmali, %48 ebeveyn hatasından kaynaklanan fiziksel yaralanma saptanmıştır.(47)

2.8. TÜRKİYE'DE ÇOCUK İSTİSMARI

Çocuk istismarı ve ihmali dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık karşılaşılan ve önemli bir sorundur. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1995 yılında yaptığı “Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları” isimli çalışmada; 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ının anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Erişkinlerle yapılan geriye dönük bir araştırmada ise; çocuklukta cinsel istismar oranı %2.5

olarak bildirilmiştir.(48) UNICEF'in 2010 yılında Türkiye'de 1328 hanede, 7-18 yaş arası toplam 1886 çocukla yapılan çalışmasında, çocukların son bir yıl içinde maruz kaldığı cinsel istismar sıklığı %3, cinsel istismara tanıklık ise %10 olarak bulunmuştur.(36) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerinde suç mağduru çocuk sayısının yılda 122 bini geçtiği, bunların %10 oranında cinsel suçlar olduğu bildirilmektedir.(49) Adalet Bakanlığı'nın 2015 verilerine göre ise yılda ortalama 17 bin dava açılmakta, bu davalar %55 oranında mahkûmiyetle sonuçlanmakta; sonuçta yılda ortalama 8 bin çocuğun cinsel olarak istismar edildiği belirtilmektedir.(50)

2.9. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ TÜRLERİ

Çocuk istismarı temel olarak 4 gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

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

2.9.1. Fiziksel İstismar

Onsekiz yaşından küçük çocuk ya da gencin anne, baba ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde "kaza dışı" yaralanması, zarar görmesi ve zarar görme potansiyeline sahip olması "Fiziksel İstismar" olarak tanımlanmaktadır.(51) Fiziksel istismar duygusal istismarla birlikte en sık görülen istismar tipidir. Çocuklarda kazalar sık görülmekle birlikte, yaşa uygun olmayan ve kendi kendine olma olasılığı düşük olan hasarlarda istismardan şüphelenmek gerekir. Hasarı başka bir çocuğun yaptığı söyleniyorsa o çocuğun gerçekten bunu yapıp yapamayacağı sorgulanmalıdır. Kaza dışı travmalar genellikle çocuk anne-babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde veya anne-baba kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkar. En sık dövme şeklinde görülür. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Daha seyrek olarak ise yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma görülebilir.(6,52) Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar olasılığı akla getirilmelidir. Değerlendirmede; çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili öykü, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutan anne, baba, çocuğun hasarla ilgili anne, babayı suçlaması, anne, babada istismara uğrama öyküsü ve anne, babanın çocuktaki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir.(53) Ülkemizde, birçok ülkede olduğu gibi, fiziksel istismar sağlık kayıtlarına gereğince girmemektedir. Travma nedeniyle sağlık kurumuna getirilen çocuğun ana-babası ya da çocuğun bakımından sorumlu kişi(ler) olayı gizlemeye çabalarlar.(54)

2.9.1.1. Fiziksel İstismarda Risk Faktörleri

Çocukluk döneminde her iki cins de riskli bulunmaktadır. Cinsiyet farkı gözetmeksizin okul öncesi çocuklar ve adolesanlar fiziksel istismar açısından risk altındadır. Doğum anomalisi, kronik hastalığı, konuşma ve öğrenme sorunları olan çocuklar daha fazla fiziksel istismara maruz kalmaktadırlar.(55) Ebeveynlerin ayrı olması, ailede madde

bağımlılığı, annenin küçük yaşta doğum yapması, ailede mental hastalık, eşler arasında şiddet ve aile üyelerinin çocukluk döneminde yaşadıkları istismar, ailede düşük eğitim düzeyi ve ekonomik sıkıntılarının olması çocuk istismarı için önemli risk faktörleridir . Yoksul bir toplumda yaşama, sosyal eşitsizlikler, kız çocuklarının okula gönderilmemesi, küçük yaşta yapılan evlilikler, çocukların korunmasına yönelik yasaların eksikliği veya uygulanmasındaki aksaklıklar, şiddetin sosyal kabul edilebilirliğinin artması çocukların istismara uğrama olasılığını artırmaktadır.(56)

2.9.1.2.Fiziksel istismarda muayene bulguları

Bir tokattan çeşitli objelerin kullanımına uzanan cezalandırma yöntemlerini kapsar. En sık görülen lezyonlar baş, gözler, kulaklar, deri, yumuşak doku, kemik ve bağ dokusu, iç organ lezyonu olarak kaydedilmiştir. Bu saldırılar çocuklarda ciddi, hastaneye yatmayı gerektiren yaralanmalara yol açtığı gibi ölümlerle de sonuçlanabilir. Fiziksel istismarın, fiziksel travmanın yanı sıra, psikolojik ve sosyal travmalarla da sonuçlandığı ve çocuğun kişilik gelişimini engelleyerek kişilik bozukluklarına kaynaklık ettiği bildirilmiştir.(57,58) Fiziksel istismar klinik olarak en çok deri, iskelet ve merkezi sinir sistemindeki lezyonlar ve bulgularla ortaya çıkar. Genellikle fiziksel istismar olaylarında sık rastlanılan hikaye, düşme ya da küçük kazalardır. Çocuğun divandan, sedirden, yataktan düştüğü söylenir. Bu duruma kardeşinin sebep olduğu da sık olarak rastlanılan ifadelerdendir. Kardeşlerin birbirine yaptığı davranışlara bağlanmaktadır. Sağlık çalışanları için çocuğun gelişim süreçlerinin bilinmesi fiziksel istismar olgularının atlanmaması açısından çok önem taşımaktadır.Çocuğun motor gelişimini bilen bir sağlık ekibi çocuğun henüz kendi kendine dönmeyi öğrenmeden yataktan düşmeyeceğini veya henüz emeklemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağını bilir.(59)

Deri: Fiziksel istismarda yaralanmaya bağlı lezyonlar en çok deride ortaya çıkmaktadır. Sıyrıklar, ekimozlar, kontüzyonlar ve yanıklar görülebilir. Fizik incelemede deride görülebilecek bazı lezyonlarda fiziksel istismarın öncelikli olarak düşünülmesi gerekir. El izi, kemer (U biçiminde), kemer tokası, elektrik kordonlarının izleri(omega biçiminde) gibi özgün biçimler çürüklerin kasıtlı oluşturulduğunu düşündürmelidir.(60)

İskelet Sistemi: Yumuşak dokudan sonra en yoğun etkilenen sistem iskelet sistemidir. Bunların saptanabilmesi için radyolojik tetkik gerekir. Çocuk istismarı sonucu oluşan olumlerin en sık karşılaşılan nedeni kafa travmasıdır.İki yaşın altındaki istismara maruz kalan çocukların %25'inde kafa travması mevcut olduğu saptanmıştır. Daha çok kafatası frakturu oksipitoparietal alanda olur. Bebeklerde kafatası esnek olduğu için fraktur olmamasına rağmen ciddi beyin hasarı görülebilir.(61) Ekstremitelerde yaralanmaları çocuk istismarının en sık görülen karakteristik bulgularının başında gelmektedir.

Aşağıdaki radyolojik bulguların olması durumunda çocuk istismarından şüphelenilmelidir:

- Transvers spiral kırıklar dahil diafiz kırıkları (transvers kırıklar,doğrudan vurmanın, spiral kırıklar torsiyonun bulgularıdır),
- Metafiz, epifiz kırıkları gibi koşe kırıkları (distal femur, tibia, fibula, radius, ulnadaki kırıklar),
- Eski kırıklar (periost reaksiyonu ve yeni kemik oluşumlarıyla),
- Kaburga kırıkları (kallos oluşumlarla karakterize olur ve kaza ile oluşan travmalarda çok nadirdir),
- Kafa travması(62)

Santral Sinir Sistemi: Santral sinir sistemi hasarı vurma, düşürme, yere ya da duvara atma gibi doğrudan travmalar ile oluşabilir veya sarsılma sonrası da görülebilir. ‘Sarsılmış bebek sendromu’ terimi 1970’li yıllarda ortaya çıkmıştır. Bu durum bebeklerin hızla sarsılması ile oluşur. Genellikle bir yaş altındaki çocuklarda görülür. Santral sinir sistemi yaralanmalarında solunum problemleri, letarji ve kontüzyonlar karakteristik bulgulardır. Fontanel kabarıklığı, baş çevresinde artış ve retinal kanamalar görülmektedir.(63) Yataktan düşme sonucu basit kafa kemiği kırığı oluşma olasılığı çok düşüktür. (%1-2). Bu nedenle, ağır yaralanmalar ve kırıklar ile getirilen olgularda yataktan düşme öyküsü şüphe uyandırmalıdır.(64)

İç Organ Yaralanmaları: İç organların rüptürü kafa travmalarından sonra çocuk istismarında en yaygın 2. ölüm sebebidir. Düşme ya da fırlatmadan daha çok direkt yumrukla vurma veya batıcı darbe uygulamak bu yaralanmanın mekanizmasını oluşturmaktadır. En sık karaciğer yaralanmaları görülmektedir.(65)

Göz Lezyonları: İstismara uğrayan çocuklarda fundoskopik muayene normal muayenenin değişmez bir parçası olmalıdır, çünkü kafa içi patolojik durumlardaki en sık ve bazen de tek bulgu retina kanaması olabilmektedir. Retinal kanama saptandığında kranial BT endikasyonu doğar. Retinal kanama çoğu vakada sekel bırakmaksızın kendiliğinden düzelir. Göze doğrudan vurmalar sonucu periorbital ekimoz, ödem, orbital kırıklar, subkonjonktival kanamalar, lens dislokasyonu veya retinal ayrılma gözlenebilir. Bu tip lezyonların yarısından fazlası kalıcı sekellerle sonuçlanır.(52)

Ağız ve Diş Bulguları: Hekimler ağız sağlığı ve dental hasarlar konusunda çok kısıtlı eğitim aldıklarından istismar ve ihmalin ağız ve diş bulgularını atlayabilir.İstismar düşünülen tüm olgularda dikkatlice ağız içi ve perioral muayene yapılmalıdır. Çocuğun zorla beslenmeye çalışılması sonucu üst dudak, frenulum ve ağız tabanında morarma ve laserasyon, diilerde kırık ve avulsiyon, yüz ve çene kemiklerinde kırıklar gözlenebilir.(8)

2.9.1.3. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken baby syndrome)

Çocuk istismarının ağır bir formu olan “Sarsılmış bebek sendromu (SBS)” en sık iki yaşın altında görülen ancak beş yaşa kadar da görülebilen ve bu yaş aralığında bebek ve küçük çocuklara uygulanan kafa travması istismarını olarak tanımlanan klinik bir durumdur.(66) Genellikle 15 ayın, özellikle de altı ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları ya da bakıcıları tarafından, bebeğin mamasını yememesi ya da sürekli ağlaması nedeni ile şiddetlice sallandıklarında oluşmaktadır. Bebeğin gövdesinden veya kollarından tutulup sarsılması sonucu oluşan subdural ve/veya subaraknoid hematoma, retinal kanamalar ve minimal travmatik dış bulgular ile karakterizedir. Solunum güçlüğü, bradikardi, irratibilite, apne ve bilinc kaybı sık karşılaşılan bulgulardır. Metafizyel kırıklar veya gelişme geriliği gibi istismar ve ihmali düşündürecek bulgular eşlik edebilmesine rağmen, çoğu zaman herhangi bir travmatik lezyon yoktur.(67)(66) SBS olguları, çocukluk çağı hastalıklarının birçoğunun semptomu ile benzer şikâyetlerle getirilmektedir. Bu yüzden ilk başvuruda SBS tanısını koymak oldukça zordur. Daha önce tamamen sağlıklı olan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilebilir. Tanıyı koymada iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Yaygın olarak ebeveyn veya bakıcı tarafından verilen hikayede ya hiç travma yoktur ya da minör bir travma öyküsü vardır.(68)

2.9.1.4. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Sendromu)

Munchausen sendromu ilk kez 1951'de hastane hastane dolaşıp hastalık öyküleri uyduran ve kendilerine gereksiz yere cerrahi girişimler uygulanmasına razı bir grup hastayı belirtmek için kullanılmıştır. Sendroma ismi verilen Baron Karl von Munchausen 18. yy.'da yaşamış, savaştan döndükten sonra kendi uydurduğu eklemelerle daha da ilginç hale getirdiği maceralarını anlatan eski bir süvari subayıdır. Asher ve arkadaşlarının "Munchausen Sendromu" olarak tanımladığı durumda hasta, doktorun muayenehanesine ya da acil servise sıklıkla klinik manifestasyonlarla (belirtilerle) desteklenen uydurma bir öykü ile gelmektedir. Hasta sonuç alamadan hastaneden ayrılmakta ve aynı tabloyu yineleyerek tekrar tekrar hastaneye başvurmaktadır. Bu hastalar en zeki gözlemcileri bile aldatabilecek ruh hastalarıdır.(69)

Munchausen by proxy sendromu (MBPS) ise özel bir çocuk istismarı formudur. Munchausen's by proxy sendromu, ilk kez 1977'de Meadow tarafından tanımlanmıştır. Aile ya da koruyucu, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta ya da hastalık yaratmakta ve "hasta" çocuğu doktora götürmektedir. Sonuçta, tıbbi öykü, laboratuvar testleri ya da hastalığın gerçek nedeni değişmekte ya da tıbbi tedavi nedeniyle yaralar oluşmaktadır. Bazı olgularda ise anne doğrudan zararlı eyleme neden olabilmektedir (zehirleme, ilaç verme gibi). Bu sendrom, "tıbba meydan okuma" olarak da değerlendirilebilir. Bildirilen kurbanların yaşları birkaç hafta ile 11 yaş arasında değişmektedir. Bir çalışmada ortalama tanı yaşının 3,25 olduğu, olası ölüm oranının % 9-10 arasında değiştiği bildirilmiştir. Fail olguların çok büyük kısmında annedir. Anne sıklıkla zeki ya da sağlıkla ilgili bilgisi bulunan, sevimli, işbirlikçi, iyi tıbbi bakımdan dolayı minnettar ve hastane çevresini süsleyen biri olarak tanımlanır.(70)

Altta yatan fizyopatolojik yapıyı anlamak güçtür. Narsistik fragilite (kendini beğenen, kırılğan) ve borderline (sınırdaki) kişilik çok sıktır, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerik kişilik ya da sadomazoist davranışlar ve depresyon da bulunabilir. Doktorlar ölümcül olabilen bu senaryoya gereksiz invaziv (girişimsel) muayeneleri ve incelemeleri yaparak ya da tehlikeli ilaçları reçete ederek, istemeden katılmaktadır. Bu olgularda iyi bir öykü, dikkatli bir fizik inceleme, iyi seçilmiş laboratuvar ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Böylece istismar edilen çocuklarda çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde güvensizlik, tıbbi tedaviden kaçınma ve posttravmatik stres belirtileri gibi duygusal ve fiziksel sorunlar geliştiği bildirilmiştir. Pek çoğunun kardeşi de fiziksel ve tıbbi olarak istismar edilmektedir.(70)

2.9.2. Duygusal İstismar

Gündelik yaşamda en sık rastlanan istismar tiplerinden birisi olan duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak tanımlanır.Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma,yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme,duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme,kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme,alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma görülen duygusal istismar türleridir.(47)

Duygusal istismar tek başına var olduğu gibi fiziksel ve cinsel istismarın hasarı ortadan kalktığına bile devam edebilir. Bu tür davranışlara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik geliştirme, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuz ve saldırgan davranışlarda bulunma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bunların yanı sıra duygusal istismar, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişmelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına karşın, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar görülmektedir. Dolayısıyla duygusal istismar çocuğun hem kişiliği hem de başarısını olumsuz yönde etkilemektedir.(71)Gündelik yaşamda en sık rastlanan ve tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması en zor olan istismar türüdür.(72)

2.9.3. Cinsel İstismar

Bir erişkinin, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış, küçük yaşta bir çocuğu cinsel doyum için kullanmasıdır.Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren, sıklıkla gizli kalan bir durumdur.(15) Uluslararası Çocuk istismar ve ihmali Önleme Derneği (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect) çocukların cinsel istismarını, rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması olarak tanımlamıştır.(73) İki çocuk arasındaki cinsel eylemler, yaş farkı dört ve üstünde olduğunda, küçük çocuğun zorlama veya ikna ile cinsel haz amacı güden eylemlere maruz bırakılması da cinsel istismar olarak ele alınır.(74)Cinsel istismarın büyük bölümünü aile üyeleri ya da aileye yakın kişiler yaparlar.Çünkü bu kişiler çocuğa kolay ulaşabilmektedir.Çocukların çoğu cinsel istismarı anlatmamakta ve ergenlik dönemine kadar saklamaktadır.(75)Bu nedenle cinsel istismarın boyutlarını saptamak zordur.(15)

Adolesan psikopatolojisinin risk faktörleri; ana-baba psikopatolojisi, aile bağlarındaki ve uyumundaki eksiklik,aile desteğindeki ve korumasındaki eksiklik, ana-babadan uzun süre ayrı kalma, kafa travması, boşanma, tek ebeveynli ailede yetişme, ergenin yaşı ve cinsiyeti olarak sıralanabilir.(76) Çocuk istismarının ana-baba psikopatolojisine bağlı olduğu düşüncesi yirminci yüzyılın son yarısında kabul görmeye başlamıştır.(77)İstismarcı aileler çocuk, ana-baba ve aile karakteristikleri açısından farklılık gösterirler.(78)

Cinsel istismar işlevselliği bozuk aileler de görülür; bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır:

1.Baskın ve koşulsuz söz tutma isteyen ana baba modeli:En sık gözlenen,katı babanın güç ve kararlarda baskın olduğu aile modelidir.Aile sistemi kapalıdır.Babaların bir kısmı güç ve kontrol sağlamak için şiddete başvurmaktadır.

2.Cinsel sorunlar:Cinsel istismarın gözlemlendiği ailelerde,anne babalarda cinsel sorunlar daha sıktır.

3.Sosyal izolasyon:Anne babaların çoğunda aile dışı sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve zorlanma vardır.

4.Rol çatışması:Cinsel istismar uygulanan ailelerde rol çatışmalarına sık rastlanır.Anne genellikle eşlik ve ev kadını rollerini kızına bırakmaktadır,baba da bakım vermeyi enest yoluyla yapmaktadır.

5.Alkol ve madde kötüye kullanım

6.Yadsıma:Aile üyelerinde en sık kullanılan savunmadır.Baba,olayı “seks eğitimi” olarak savunabilir,anne ise kocası ile ilişkisini bozabileceği için reddedip görmezden gelebilir.Çocuk utanma ve suçluluk duygularını bastırmak ve aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla durumu yadsıyabilir.(15)

Kaygı bozuklukları cinsel istismara uğrayan cocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları,kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri, yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansımasıdır.Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, ikincil enurezis ve enkoprezis cinsel istismar kurbanlarında daha sıktır.(15) Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar da cinsel istismarın bulgusu olabilir.(79) Çocuk istismarı ve cinsel travmaya uğramanın uzun dönemli etkileri arasında kognitif,emosyonel rahatsızlıklar, ilerleyen zamanda ilaç ve alkol bağımlılığı, riskli cinsel ilişkiler, çocukluk ve ergenlikte suça eğilim yer alır.(80)Cinsel istismar yaşamış cocuklarda yüksek oranda depresyon gözlenir, benlik saygısı hasara uğramıştır.Bu çocuklarda intihar düşüncesi ve girişimi sık görülür.(15) Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi olumsuz olarak etkilenmektedir. Cinsel istismar öyküsü olan çocukların daha fazla cinsel saldırıda bulunduğu bildirilmektedir.(53)

2.9.3.1 Cinsel İstismar Türleri

Cinsel istismar Coulborn Foller tarafından yedi grupta sınıflandırılır:

- 1. Temas İcermeyen İstismar:** İstismarcının çocuğun cinsel özelliklerine yönelik olarak seksi konuşması, cinsel organları gösterme (teşhircilik), açıkca veya gizlice çocuğu çıplakken gözlemek gibi röntgencilik eylemleridir.
- 2. Cinsel İlişki İcermeyen Dokunma:** İstismarcının ve çocuğun giyinik veya çıplak olması halinde cinsel organlara dokunma, okşama ve/veya masturbasyonu kapsar.
- 3. Oral-Genital Seks:** İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anus yoluyla cinsel ilişki yapmasıdır.
- 4. İnterfemoral İlişki:** İstismarcının penisini çocuğun bacaklarının arasına yerleştirdiği ilişki türüdür.
- 5. Cinsel Penetrasyon:** Vajen ve/veya anuse parmakla, bir yabancı cisimle veya penisle penetrasyon söz konusudur.
- 6. Cinsel Sömürü:** Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla cocuk istismarıdır.

7. Başka İstismar Türleri de İceren Cinsel İstismar: Cinsel istismara aşağılama, fiziksel olarak kötü muamele, uyuşturucu ve alkol kullanmaya zorlama eşlik edebilir. Çocuğun cinsel istismara uğrayıp uğramadığına karar verilmesi güç ve sonuçları çok ciddi bir durumdur. Çocukta sıklıkla genital bölge, ağız, kol, ense, bacaklarda ekimoz ve sıyrıklar, ısırık izleri ile birlikte rektal dokuda yırtık, vajinal açıklıkta dilatasyon, vajinal ve rektal kanama görülebilir. Ayrıca bu çocuklarda oturmada güçlük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları da görülebilir.(59)

Çocuğun cinsel istismara uğradığının fark edilmesi çoğu zaman rastlantı sonucu olmaktadır. Çocuklar çoğunlukla bilgi vermek istemezler; çünkü korkarlar ve/veya utanırlar. Bunun nedenleri şöyle sıralanabilir:

1. Erişkinlerle, özellikle de bir yabancıyla ya da hep korkutuldukları doktorlarla konuşmaktan çekinirler.
2. Dinlenilmeyeceklerini ve kendilerine inanılmayacağını düşünürler.
3. Olayları anlatırlarsa başlarına kötü şeyler geleceğinden (taciz edenlerin çoğu çocuğu kendisine ya da sevdiklerine kötü şeyler yapmakla tehdit eder; ya da çocuk bu olayları engelleyemediği için suçluluk duyduğundan cezalandırılabileceğini düşünür.) korkarlar.
4. Yalnız kalma korkusu gelişir.
5. Cinsel konuları konuşmaktan rahatsız olurlar.
6. Aşağılanacaklarından korkarlar.
7. Damgalanacaklarını düşünürler.
8. Kelime hazineleri ve gelişim düzeylerine göre olayları anlama ve anlatma becerileri yetersizdir.(81)

2.9.3.2. Cinsel İstismarda Risk Faktörleri

Fiziksel, zihinsel veya gelişimsel bir engeli bulunan, sosyal olarak yalnız, daha kolay itaat eden, erişkinleri etkilemeye çalışan, ilgi görme gereksinimi olan, erken yaşta cinsel olgunluğa erişmiş ve fiziksel olarak çekici olan çocukların cinsel istismar riski daha yüksektir. Çocukların maruz kaldığı diğer istismarlarda görüldüğü gibi ailenin yaşadığı ekonomik sorunlar ve aile içi şiddet de cinsel istismar için risk faktörleri arasındadır.(82) Araştırma sonuçları istismara uğramış çocukların yaklaşık üçte birinin istismarcı ebeveynler oldukları üzerinde durulmaktadır. Çocukluk ya da ergenlik döneminde cinsel istismara uğramış kişilerin istismarcı konuma geçebildiklerini aktaran yayınlar vardır. Ailenin parçalanmış olması, evde üvey ebeveyn bulunması istismar ile ilgili nedenler arasında sayılmaktadır. Ebeveynlerin özellikle annenin hastalığı, annenin alkol bağımlılığı, annenin uzamış yokluğu, ciddi evlilik çatışmaları, ebeveyn madde kötüye kullanımı sosyal izolasyon riskini artıran etkenler olarak bildirilmektedir. Ana-babada psikiyatrik bir hastalık ya da kişilik bozukluğunun bulunması çocuğun cinsel istismara uğrama riskini artırmaktadır. Cinsel istismar olgularında alkolün, taciz eden tarafından sıklıkla kullanıldığı ve istismarı tetikleyen önemli bir etken olduğu bildirilmektedir.(41) İstismarcı; çocuğa yabancı biri olabileceği gibi genellikle çocuğun bildiği çevrede yaşayan kişi ya da toplumda saygın ve sevilen birisi de olabilir. Dış görünüşünün ardında çekingen, kendine güveni ve saygısı olmayan bir kişilik yatar. Erişkinlerle ilişki kurmakta zorlanır. Başkalarının üstünde güç gösterilerine ihtiyaç duyduğu için kurbanlarını çocuklardan seçer. Her zaman yaralamak ve zarar vermek amacını taşımaya da, çocuğu incittiğini ve zarar verdiğini kabul etmez.(83) Çocuklara cinsel istismar anne, baba, üvey anne, üvey baba, kardeş, akraba, öğretmen, komşu veya herhangi bir yabancı kişi tarafından yapılabilir.(84)

2.9.3.3. Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Klinik Belirtileri ve Etkileri

İstismar olgularına özgü bir ruhsal bozukluk tanımlanmasa da, fiziksel ve cinsel istismar ruhsal bozukluk sıklığını arttırmaktadır. İstismara uğrayan çocuk ve ergenlerde yaşamın ilerleyen dönemlerinde birçok ruhsal bozukluk ortaya çıkmaktadır.(85) Çocuklarda gelişen ruhsal sorunların ağırlığının cinsel istismar eylemlerine (özellikle penetrasyon ve anal ilişkinin olmasına), saldırganın istismar yöntemlerine (özellikle, şiddet kullanması ve derecesine), istismar sırasında saldırganın çocuğa verdiği mesajlar ve bu mesajların çocuk için taşıdığı anlamlara, istismarın sıklığı ve süresine bağlı olduğu bulunmuştur. Cinsel istismara uğrayan çocukların klinik özellikleri yaşa bağlı değişiklikler gösterir:

Küçük yaş grubunun (10 yaş altı) verdiği tepkiler:

- -Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
- -Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
- -Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı masturbasyon
- -Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
- -Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif belirtiler
- -Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü
- -Fobik kaçınmalar (örn. İstismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku)
- -Özellikle erkek çocuklarda daha sık görülen yangın çıkarma davranışı
- -Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- -Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar
- -Ani davranış değişiklikleri

Daha büyük yaş grubunun (10 yaş üstü) tepkileri:

- -Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar azdır.
- -Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır.
- -Yeme bozuklukları
- -Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar
- -Depresyon, sosyal geri çekilme
- -Suça yönelme
- -Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- -Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- -Ani davranış değişiklikleri .(86)

2.9.3.4. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest).

Ensest yüzyıllar boyunca dünyanın birçok ülkesinde hüküm süren bir sosyal gerçektir.(87) Ensest, geleneksel olarak evlenmeleri, ahlaki, hukuki ve dinsel olarak yasaklanmış akraba olan aile bireyleri arasındaki ilişki olarak değerlendirilmektedir.Son araştırmalar çekirdek aile içindeki aile bireylerinin yanı sıra bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik bağa bakmaksızın bu kapsama almaktadır.(23) Ensest vakalarının çoğu annelerin çocuklarındaki davranış sorunları sonucu çocuklarını bir uzmana götürmeleri

sırasında araştırmalarla ortaya çıkmaktadır.Olayın kurbanlarının suçluluk, utanma ve dışlanma korkuları olayın bildirilmesini engellemektedir.Bu durum genellikle başka araştırmalar yapılırken rastlantı sonucu ortaya çıkmaktadır.(8)

Ensest için risk faktörleri:

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- 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 öz ya da üvey babanın bakması ,
- 6-8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde geçmişte ensest ilişkinin varlığı.
- İktidarsızlık .
- Psikopatidir(63)

2.9.3.5. Cinsel İstismarda Klinik Değerlendirme ve Tanı

Cinsel İstismarda Öykü

İstismar olgularında öyku çok önemlidir. İstismar tanısı genellikle tek başına öyku ile konabilir. İyi bir öyku ipucları icerir.Üç yaşından büyük çocuklar güvenilir öyku verebilir.(79) İstismara uğrayan kişiye güvensiz ortamdan uzaklaştırmak ilk adımdır. Muayene öncesi çocuk ve anne-babası ile yapılacak olan görüşme, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ya da psikolog ile birlikte yapılmalıdır.Görüşme süresince yapılacak olan işlemler hakkında temel bilgiler verildikten sonra, hem çocuktan hem de anne-babasından onamı alınmalıdır. Görüşmenin amacı, olay hakkındaki öykünün toplanmasıdır.(23) Çocuğa bakan kişinin soylediği her kelime dikkatle kayıt edilmelidir. Cocuğun olay öncesi, olay anı ve sonrası davranışları, beslenme zamanları, cocuğa bakan kişinin bu zamanlarda tam olarak ne yaptığđı mutlaka sorgulanmalıdır. Tıbbi öykü, aile ve gebelik öyküsü, aile içi disiplin yapısı, cocuğun genel davranışları, ailenin ekonomik ve sosyal problemleri istismarı aydınlatmada yol gösterici olabilir.(79) Öyku alınırken kolay ve anlaşılır sorular sorulmalıdır. Ayrıntılı bir öyku arzu edilse de, hastaya sürekli tekrar ettirmekten kaçınılmalıdır. İstismara uğrayan kişinin yaşı, istismarın zamanı, yeri, şekli, tam olarak ne olduğu, başlama süresi, varsa tekrarları, başlama şekli, istismarcının yakınlığı, zor kullanıp kullanmadığı, önceki cinsel eğitimi ve deneyimi istismara maruz kalan mağduru tekrar tekrar travmaya uğratmadan sorulmasına dikkat edilmelidir(23) Aileden cocuğun doğum öyküsü, daha önce hasar görüp görmediği, hastanede yatıp yatmadığı, acil servise ne sıklıkta getirildiği, aşılama ve beslenme öykusu, diğer sorunları araştırılmalıdır. Olayın

oluş şekli ve tıbbi tedavi başvurusu için gecikme olup olmadığı, olay sırasında çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin hastaneye getirilen çocuğa eşlik edip etmediği dikkate alınmalıdır. Görüme verileri tarihleriyle raporlanmalıdır. Bu rapor hemen en yakın sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu ve ilgili adli makamlara gönderilmelidir.(8)

Cinsel İstismarda Fizik Muayene

Cinsel istismardan şüphelenildiği durumlarda derhal haber verilmelidir. Muayene adli makamın resmi yazısı olmadan yapılmamalıdır. Muayene için çocuğun yaşı ve anlama yetisi uygun ise Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne uygun olarak kendisinden; yaşı küçük ise anne babasından ya da çocuktan sorumlu kişiden onay alınmalıdır. (aydınlatılmış onam) Muayene güvenilir bir erişkinin yanında yapılmalıdır. Muayeneyi ve örnek almayı kolaylaştırmak için iki hekimin birlikte çalışması; muayene ekibinde bulunacak diğer hekimlerin ve uzmanların ise aynalı bir bölme arkasından muayeneyi izlemeleri sağlanmalıdır(88) Fizik muayene ayrıntılı genel muayene ile başlar, genel durum, hijyen ve duygusal durum değerlendirilir. Genital muayene fizik muayenenin son evresi olmalıdır. Anal bölgedeki morluklar, skarlar, anal yırtıklar ve anal dilatasyon rapor edilmelidir. Anal sfinkterin gevşek olması önemli bir bulgudur.(8) Bazı olgularda ise fiziksel yaralanmalar söz konusu olsa bile bu, olaydan haftalar, aylar hatta yıllar sonra hekimle karşılaşır. Zaman içinde semen ve diğer materyal yıkanıp gider ve çoğu yara iyileşir. Eğer bu durum söz konusuysa, fiziksel bulgular kurbanın maruz kaldığı travmaya göre değişir.(89) Çocukların istismarı ailelerine açıklamakta geciktikleri durumlarda hızlı iyileşme özelliği de dikkate alındığında fiziksel bulgunun bulunmaması söz konusu olmaktadır. Ayrıntılı genital muayene mahkeme emri olmadıkça yapılmamalı, küçük çocuklarda çocuğun annesi aksi gerekmedikçe bakıda hazır bulunmalı, adolesan çağıdakilere ise annelerini bakı sırasında yanlarında isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Koopere olmayan, direnen bir çocuğun bakısı ertelenmeli; fizik bakımın tekrarından kaçınılmalıdır. Öyküde fiziksel belirtilerin de var olduğuna dair bir şüphe varsa veya olay son 72 saat içinde meydana gelmişse adli tıp uzmanına haber verilmelidir.(90)

2.9.4. İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü kişinin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha göreceli olduğu için tanısı zordur. İhmal ve istismarı ayırtan en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. İhmal, özellikle büyüme geriliği olan psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir.(53)

Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk veya yetersizlik "**Fiziksel İhmal**" olarak tanımlanmaktadır.(18) Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır.

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

karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlığını da etkileyecektir."Duygusal ihmal " ise çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanır."Cinsel İhmal" 2(iki) yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlayan çocuğun, yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, oyuncak alınmamasıdır. İleride bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir."Eğitim İhmali" çocuğun zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi durumudur.(77)

2.10. ÇOCUK İSTİSMARINDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

2.10.1. Aileden Kaynaklanan Nedenler

Çocuk istismarı ve ihmali üzerinde yapılan sosyolojik ve psikolojik çalışmalar çocuğa istismarında ailelerin önemli rol oynadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Çocuk ve yaşadığı ortam ile ilgili faktörlerin çocuğun istismar görme riskini arttırdığı bir gerçektir. Çocukların en çok güvende olacakları yer ailelerinin yanı olmasına karşın aynı zamanda istismar olgularında en çok risk altında oldukları yer de aileleridir. Ebeveynin kişilik özellikleri istismar davranışına zemin hazırlayabilir. Özellikle ebeveynin çocukluğunda sevgi ve ilgiden yoksun, ceza ve şiddetin ön plana çıktığı bir ortamda yaşamaları önemli bir etkidir. Çocukluklarında anne babaları tarafından istismar ve ihmale maruz bırakılan veya anne babaların birbirlerine yönelik şiddet davranışlarını sıklıkla gözlemiş olan yetişkinler, kendi ailelerinde de çocuklarına karşı şiddete başvurumaktadırlar(23). İstismara yatkınlık genellikle anne, babanın genç olması, anne, babanın daha önce çocukluğu döneminde istismar öyküsü bulunması, alkol veya madde bağımlılığı, dış etkenlere bağımlı olarak para sıkıntısı, partnerin ölümü, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık, fazla sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile ile ilişkisi olabildiği bildirilmektedir(92)

2.10.2. Çocuktan Kaynaklanan Nedenler

Planlanmayan veya istenmeyen çocuk olması, gayrimeşru olması gibi durumlarda anne-babanın çocuğu istismar ettiği görülmektedir.(93) Doğum sonrası patolojik anne bebek bağılılığında bebeğin premature olması, özel bakım gerektiren bebek olması, cinsiyetinin beklenenden farklı olması önemli yer tutar. Çocuğun premature, konjenital anomali, düşük doğum ağırlığı veya kronik hastalık nedeniyle yaşamının ilk haftalarında ebeveyninden ayrılması da ebeveyn çocuk arasındaki normal bağılılık sürecini etkiler. Zeka geriliği olan, fiziksel ya da gelişimsel bozukluklara sahip olan çocuklar daha çok istismar edilmektedirler.(23) Evdeki çocuk sayısının fazlalığı ve çok fazla sayıda kardeşe sahip olma istismar olaylarını artırmaktadır. Çünkü aile genişledikçe anne babaların çocuklarına olan ilgisi azalmaktadır.(93)

2.10.3. Çevresel ve Toplumsal Nedenler

Anne ve babanın kısıtlı bir sosyal çevre içinde bulunmaları ve çevreyle uyumsuz olmaları, toplumdan tamamıyla soyutlanmaları, çocuğa yönelik şiddeti artırmaktadır. Ebeveynin sosyal desteğinin bulunup bulunmaması da istismar için risk faktörü oluşturmaktadır. Yaşanılan çevrenin sosyoekonomik durum, ırk, gelir ve eğitim yönünden eşit tutulduğu bir çalışmada çocuk istismarı açısından risk oluşturan koşulların, çalışan

anneler için alternatif çocuk bakımı ağı ve genel anlamda komşular arasında yardımlaşmanın bulunmayışı olduğu görülmüştür.(81)

2.11. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ

Çocuk istismarının önlenmesinde hekimler istismarın önlenmesini tartışmadan önce,o anki sosyal ve ekonomik koşulları göz önünde bulundurmalıdırlar.Çocuk istismarını önlemede başarılı olmak için, sorunun tüm yönleri ve özellikle sosyo-ekonomik boyutu ile ele alınması gerekmektedir.İstismar ve ihmal için temel risk faktörleri gözden geçirildiğinde; çocuk ve ailenin içinde bulunduğu güç koşulların çözümlenmesi ve temel gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir, bu da şüphesiz güçlü sosyal destek kurumları ile mümkün olacaktır.(91) Çocuk istismarında önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. Çocukların istismardan korunmasında genel olarak 3 basamaktan söz edilir.

Birincil Önleme

Tüm çocuklara yönelik koruma programları yapılmasıdır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşullar iyileştirilebilir, ailelerin eğitimleri ve yaşam kaliteleri artırılır, yani risklerin oluşması önlenebilirse çocuklar istismara uğramayacaktır. Bu aşamada yapılabilecek çalışmalar arasında; hukuksal reformlar yapılması ve ÇHS’de belirtilen hakların ulusal yasalara da alınması, kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti azaltacak yönde değişmesi konusunda çalışmalar yapılması, ekonomik eşitsizliklerin giderilmeye çalışılması sayılabilir.

İkincil Önleme

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasıdır. Çocuk ve aile ile sağlık kuruluşlarında karşılaşan hekim, ebe ve hemşireler, dikkatli davrandıklarında istismar için risk taşıyan durumlar fark edilebilir ve çocuk henüz örselenmeden duruma el koyabilirler.(94)(89)

Üçüncül Önleme

Üçüncül önleme istismar edilmiş olan çocuğun yeniden istismar edilmesinin ve ölüm gibi kötü sonuçların olmasının önlenmesidir. Günümüzde ÇİVİ’nin giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonucunda, çocuk ya bir Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’na (SHÇEK) yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Bu da çocukların ve ailelerin bir anlamda kendi kaderlerine terk edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Oysa fiziksel ya da cinsel istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik rehabilitasyon programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Ancak bu tür rehabilitasyon programlarının uygulanabileceği bir merkez bulunmamaktadır. İstismara uğramış çocuklara ve ailelerine yönelik rehabilitasyon programlarının olmaması, korunma altına alınan ya da ailelerine teslim edilen çocukların mağduriyetini arttırmaktadır. Bu da çocukların ilerideki yaşamlarını direkt olarak etkilemektedir. Herhangi bir ihmal ve istismar olayında acil müdahale edebilecek ve çocuk ve aile ile ilk görüşmeyi yapacak, travma sonrasında 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek tedbirlerin alınmasını sağlayacak, çocuktaki ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi tedavi

ve rehabilite etmek amaçlı çalışmaları yürütebilecek, yataklı ve ayaktan rehabilitasyon hizmeti verebilecek, ÇİVİ'nin rehabilitasyonu konusunda uzman personele sahip merkezlerin kurulması; bir gereklilik olarak karşımıza çıkmıştır. Merkez, aynı zamanda multidisipliner bir yaklaşımla ve diğer meslek gruplarının de katkıları ile bir ekip çalışması halinde soruna müdahale edilecek şekilde yapılandırılmalıdır.(95)(23)

2.12. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLLERİ

Hekimler ve diğer sağlık personeli ÇİVİ'nin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşır, benzer şekilde hastanelerin de hem tıbbi nedenlerle hem de güvenli ortamı nedeniyle bu çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır.(8) İstismara uğrayan çocuklar iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, ilerleyen dönemde % 5-10'unun öldürüldüğü, % 35- 50'sinin ise ciddi olarak hasara uğratıldığı gözlenmiştir.(23) Minor istismar şekilleri tanınmazsa (istismara bağlı deri lezyonları vs) daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacağından, acil servislerde çalışan hekimler ve pediatristler çocuk istismarının bulgularını bilmelidir.Hekimlerin çocuk istismarını tanımaları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı yaratacaktır.(8) İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemine yapmaktır.(13) İstismara uğradığından şüphe edilen çocuk konuyla ilgili uzmanların hazır bulunduğu koruyucu bir ortamda hızla değerlendirilmeli ve öncelikle tıbbi sorunları (subdural hematom, fraktürler, yanıklar vs) tanınıp tedavi edilmelidir.(22) Hekim lezyonların ağırlığını ve istismar riskinin devam edip etmediğini değerlendirdikten sonra, çocuğun hastaneye yatıp yatmayacağına karar vermelidir.Çocuk tıbbi olarak stabil ise, ailenin değerlendirilmesi bitinceye kadar hastanede veya varsa istismar kriz merkezlerinde tutulmalıdır. Aile çocuğun hastanede kalmasını kabul etmezse mahkeme emri çıkarılabilir.(23)

Çocuğu Muayene Eden Hekimin Sorumluluğu

Hekim muayene ettiği bir çocuğun ihmal veya istismar edildiğini düşündüğünde bildirim yükümlülüğü devreye girer. Bildirim yükümlülüğü iki ayrı kanunda düzenlenmiştir.Bu iki bildirim yükümlülüğü, hem nitelik hem de usul bakımından birbirinden farklıdır. Türk Ceza Kanunu 278-280. maddelerinde adli bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir. SHÇEK Kanunu 21. maddesinde ise, korunma ihtiyacı olan çocuğun bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir.Bu bildirimlerden birinin yapılmasının, diğer bildirim yükümlülüğünü ortadan kaldırmadığına dikkat etmek gerekir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde uzmanlık eğitimi alan uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Veriler 01.03.2018 – 31.03.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde uzmanlık eğitimi alan 324 asistan doktor oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan, tıp fakültesi mezunu olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm uzmanlık öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

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

3.7. ARAŞTIRMAYA KATILIM ORANI

Araştırmada ulaşılması hedeflenen 324 uzmanlık öğrencisinden izinli olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen toplam 92 asistan çalışmaya dahil edilmemiştir, 232 asistan araştırmaya katılmıştır. Ulaşılabilirlik oranı %71,60'dır.

3.8. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi düzeyini bağımsız değişkenler (cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, mezuniyet öncesi ve sonrası ÇİVİ konusunda eğitim alma durumları ve yeterliliği, daha önce ÇİVİ olgusu ile karşılaşma durumları) etkilemektedir.

3.9. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmama durumu, asistanlık yılı, tıp fakültesinde ve/veya mezuniyet sonrasında istismar konusunda eğitim alıp almama durumu, çocuk hastalarda istismar ve ihmal olasılığını göz

önünde bulundurma durumları, meslek yaşamları boyunca istismar vakasıyla karşılaşp karşılaşmama durumları, olası istismar vakasında ne yapmaları gerektiğini bilme durumları, Çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak isteyip istememe durumları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlar bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

- Araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (21.02.2018/72) alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmaya katılan asistan hekimlere;
- Araştırmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak **isteklilik, gönüllülük ilkesi** ışığında araştırmaya katılmaları için **bilgilendirilmiş izin** alındı.
- Araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve **otonomi** ilkesine saygı gösterileceği bildirildi.
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **sadakat-gizlilik** ilkesine bağlı kalındı.
- **Zarar vermeme-yarar sağlama** ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı.

3.11. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen hekimlerin tanıtıcı özellikleri ile ÇİVİ konusundaki görüşlerini içeren, 11 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-2) ve Uysal (60), tarafından 1998 yılında geliştirilen 67 sorudan oluşan Likert tipi “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” (ÇİİBRTYÖF) (EK-3) (negatif düzenlenen sorular işaretlenmiştir) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Hekimlerin demografik özellikleri, meslekteki çalışma süreleri, öğrenim süreleri boyunca ve mezuniyet sonrası ÇİVİ konusunda eğitim alma durumları, çocuk hastalarda ÇİVİ’yi göz önünde bulundurma durumları, gündelik hayatlarında ve/veya görev başındayken ÇİVİ ile karşılaşma durumları, imkân verilmesi halinde ÇİVİ hakkında eğitim almak isteyip istemedikleri, ÇİVİ olgusu ile karşılaştıklarında ne yapmaları gerektiğini sorgulayan 11 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-2) hazırlanmıştır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu Uysal (60), tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kapsamında Cronbach Alpha değeri 0,924 olarak hesaplanmıştır. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu;

-İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)

-İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)

-İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB)

-İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)

-İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)

-Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) ile ilgili 6 Alt Ölçeği bulunan 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (EK-3).

Her madde için “katılıyorum”, “kararsızım” ve “katılmıyorum” sözcüklerinden oluşan üç dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik likert tipi ölçekte yer alan; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı sorulara “katılıyorum” yanıtına 1 puan, “katılmıyorum” ve “kararsızım” yanıtına 0 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen “katılmıyorum” yanıtına 1 puan, “katılıyorum” ve “kararsızım” yanıtına 0 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 67’ye yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan denegin 67 tam puan alması beklenmiştir.

3.12. VERİLERİN TOPLANMASI

Hazırlanan anket formları hekimlere araştırmacı tarafından, yüz yüze yöntemiyle doldurtulmuştur. Araştırmacı önce kendini tanıtmış, çalışma için gerekli izinlerin alındığını belirtmiş ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmıştır. Anket formunda anlaşılmayan noktalarda gerekli açıklamalar yapılmıştır. Hekimlerin anketi doldururken bir arada oldukları zamanlarda kendi görüşlerini belirterek birbirlerini etkilemelerinin anket sonuçlarını da etkileyeceği vurgulanarak bu davranış engellenmiştir. Anket formunun doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Bu süre bazen hekimlerin ankete yönelik soruları ve iş yoğunlukları nedeni ile uzamıştır.

3.13. VERİLERİN TOPLANMASINDA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli, başka birimlerde görevli, raporlu olan ve çalışmaya katılmak istemeyen çalışanlar araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma sonuçları Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde görev yapan hekimlerin konuya ilişkin durumlarını yansıtmaktadır. Anket formlarının doldurulması aşamasında hekimlerin ankete yönelik anlaşılmayan soruları olabileceği düşünüldüğünden hekimlerin görev yaptıkları klinik ve polikliniklere araştırmacı tarafından gidilmiş, formlar sadece araştırmacı tarafından doldurtulmuştur.

3.14. VERİLERİN İSTATİSTİK ANALİZİ

Araştırma sırasında toplanan veriler, SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 23) programına aktarılmış ve bu program kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve

yüzde olarak gösterilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare analizi başlığı altında; beklenen frekansların dağılımına göre Pearson Ki-Kare testi veya Fisher'in Kesin Testi'nden uygun olanı kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışma, 01.03.2018–31.03.2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamıza 120’si (%51,7) kadın, 112’si (%43,3) erkek olmak üzere toplam 232 uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların yaşları 24 ile 40 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $29,2 \pm 2,5$ yıldır. Kadın ve erkek katılımcıların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($Yaş_{KADIN} = 29,4 \pm 0,2$ yıl, $Yaş_{ERKEK} = 24,5 \pm 0,2$ yıl; $p = 0,384$). 30 yaşından küçük 177 (%76,3) 30 yaş ve üzeri 55 (%23,7) katılımcı vardır. Çalışmaya katılan asistanların 120’si (%51,7) bekar, 112’si (%48,3) evlidir. 55 (%23,7) asistan çocuk sahibi iken 177 (%76,3) asistanın çocuğu yoktur. Çalışmaya katılan asistanların %71,5’i (166 kişi) meslek yaşamının ilk 5 yılında olup %28,5’si (66 kişi) 6 yıl ve üstünde bir süredir hekimlik yapmaktadır. Çalışmaya katılan asistanların %75,4’ü (175 kişi) Dahili Tıp Bilimlerinde, %24,6’sı (57 kişi) Cerrahi ve Temel Tıp Bilimlerinde görev yapmaktadır. Çalışmaya katılan asistanlara ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1 Çalışmaya Katılan Asistanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencileri	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	120 (51,7)
	Erkek	112 (48,3)
Yaş	30 yaş altı	177 (76,3)
	30 yaş ve üzeri	55 (23,7)
Medeni durum	Bekar	120 (51,7)
	Evli	112 (48,3)
Çocuk sahibi olma	Evet	55 (23,7)
	Hayır	177 (76,3)
Meslek süresi	İlk 5 yıl	166 (71,5)
	6 yıl ve üstü	66 (28,5)
Tıp fakültesi bölümü	Dahili ve Temel tıp bilimleri	175 (75,4)
	Cerrahi tıp bilimleri	57 (24,6)

n:uzmalık öğrencisi sayısı

Çalışmaya katılan 117 (%50,4) asistan tıp fakültesi eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim aldığı, 115 (%49,6) asistan ise tıp fakültesi eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan asistanlardan 211'i (%90,9) çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak istediğini, 21'i (%9,1) çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak istemediğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan asistanların tıp fakültesi eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma durumları ve tekrar eğitim alma görüşleri Tablo 4.2'de verilmiştir.

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

Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencileri	n (%)	
	Tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim aldı mı?	Evet
Hayır		115 (49,6)
Çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almak ister misiniz?	Evet	211 (90,9)
	Hayır	21 (9,1)

n:uzmanlık öğrencisi sayısı

Çalışmaya katılan asistanların 146'sı (%62,9) herhangi bir nedenle muayene için kendilerine başvuran çocuk hastalarda ve gündelik hayatlarında çocuk istismarından şüphe duyduğunu, 86'sı (%37,1) herhangi bir nedenle kendisine başvuran çocuk yaş grubu hastalarda ve gündelik hayatlarında istismarından şüphe duymadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan asistanların 141'i (%60,8) hem çocuk ihmali hem de çocuk istismarından şüphelendikleri olgular olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan asistanların 174'ü (%75) herhangi bir nedenle muayene için kendilerine başvuran çocuk hastalarda ya da gündelik hayatlarında çocuk ihmalden şüphe duyduğunu, 58'i (%25) herhangi bir nedenle kendisine başvuran çocuk yaş grubu hastalarda ya da gündelik hayatlarında ihmalden şüphe duymadığını belirtmiştir. Çalıştıkları kurumda olası çocuk istismarı durumunda uygulanması gereken standart prosedürleri bilip bilmediği sorusuna, çalışmaya katılan asistanların 107'si (%46,1) evet, 125'i (%53,9) hayır yanıtı vermiştir. Gündelik yaşamlarında ya da muayenede ÇİVİ şüphesi duyduğunu bildiren 141 asistandan sadece 81'i (%57,4) kurumdaki prosedürü bildiklerini belirtmiştir. Çalışmaya katılan asistanların gündelik yaşamlarında ya da muayenede çocuk istismarı konusunu göz önünde bulundurma, çocuk ihmali konusunu göz önünde bulundurma ve çalıştıkları kurumda olası çocuk istismarı durumunda uygulanması gereken standart prosedürleri bilip bilmediğiyle ilgili farkındalık durumları Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Asistanların Gündelik Yaşamlarında ya da Çocuk Hastaların Muayenesinde İstismar Durumunu Göz Önünde Bulundurma, İhmal Durumunu Göz Önünde Bulundurma ve Çalıştıkları Kurumda Olası Çocuk İstismarı Durumunda Uygulanması Gereken Standart Prosedürleri Bilip Bilmediği Konusunda Farkındalıkları

Çalışmaya katılan Uzmanlık öğrencileri		ÇİVİ ile karşılaşılması halinde uygulanacak standart prosedürleri biliyor mu?		
		Evet (%)	Hayır (%)	P değeri
Gündelik hayatlarında ve muayenede istismar durumundan şüphe duyduğunuz olgular oldu mu?	Evet	83 (56,8)	63 (43,2)	<u><0,0001</u>
	Hayır	24 (27,9)	62 (72,1)	
Gündelik hayatlarında ve Muayenede ihmal durumundan şüphe duyduğunuz olgular oldu mu?	Evet	92 (52,9)	82 (47,1)	<u><0,0001</u>
	Hayır	15 (25,9)	43 (47,1)	
Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarı ve ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?	Evet	81 (57,4)	60 (42,6)	<u><0,0001</u>
	Hayır	26 (28,6)	65 (71,4)	

n:uzmanlık öğrencisi sayısı

Çalışmamızda kullandığımız anket formundaki soruların 67 tanesi, çalışmaya katılan asistanların ÇİVİ konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik hazırlanmış sorulardır. 18. soru doğru cevaplanma oranı en yüksek olan (229 asistan, %98,7), 32. soru doğru cevaplanma oranı en düşük olan (15 asistan, %6,5) sorudur. 12-78. soruların doğru cevaplanma oranları Tablo 4.4’de verilmiştir.

Tablo 4.4. 12-78. Soruların Doğru Cevaplanma Oranları

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı	Yüzde (%)
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri	Katılıyorum	224	96,6
	Katılmıyorum	3	1,3

fiziksel istismarın belirtileridir.	Kararsızım	5	2,2
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.		178	76,7
	Katılmıyorum	18	7,8
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Kararsızım	36	15,5
	Katılıyorum	20	5,6
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Katılıyorum	134	57,8
	Katılmıyorum	26	11,2
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür	Kararsızım	72	31
	Katılıyorum	91	39,2
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	Katılmıyorum	92	39,7
	Kararsızım	49	21,1
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	Katılıyorum	155	66,8
	Katılmıyorum	11	4,7
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir	Kararsızım	66	28,5
	Katılıyorum	63	27,2
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Katılmıyorum	123	53
	Kararsızım	46	19,8
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Katılıyorum	197	84,9
	Katılmıyorum	13	5,6
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	Kararsızım	22	9,5
	Katılıyorum	14	6
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Katılmıyorum	186	80,2
	Kararsızım	32	13,8
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Katılıyorum	179	77,2
	Katılmıyorum	11	4,7
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Kararsızım	42	18,1
	Katılıyorum	9	3,9
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir	Katılmıyorum	202	87,1
	Kararsızım	21	9
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Katılıyorum	217	93,5
	Katılmıyorum	4	1,7
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	Kararsızım	11	4,8
	Katılıyorum	20	8,6
29. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir	Katılmıyorum	180	77,6
	Kararsızım	32	13,8
30. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir	Katılıyorum	218	94
	Katılmıyorum	3	1,3
31. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Kararsızım	11	4,7
	Katılıyorum	4	1,7
32. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	Katılmıyorum	210	90,5
	Kararsızım	18	7,8
33. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	Katılıyorum	196	84,5
	Katılmıyorum	11	1,7

	Kararsızım	25	7,8
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Katılıyorum	229	98,7
	Katılmıyorum	0	0
	Kararsızım	3	1,3
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Katılıyorum	218	94
	Katılmıyorum	1	0,4
	Kararsızım	13	5,6
31. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Katılıyorum	219	94,4
	Katılmıyorum	1	0,4
	Kararsızım	12	5,2
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	Katılıyorum	147	63,4
	Katılmıyorum	35	15,1
	Kararsızım	50	21,5
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Katılıyorum	217	93,5
	Katılmıyorum	4	1,7
	Kararsızım	11	4,8
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Katılıyorum	218	94
	Katılmıyorum	5	2,2
	Kararsızım	9	3,8
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	Katılıyorum	175	75,4
	Katılmıyorum	12	5,2
	Kararsızım	45	19,4
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmalidir.	Katılıyorum	184	79,3
	Katılmıyorum	12	5,2
	Kararsızım	36	15,5
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmalidir.	Katılıyorum	220	94,8
	Katılmıyorum	3	1,3
	Kararsızım	9	3,9
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Katılıyorum	25	10,8
	Katılmıyorum	163	70,3
	Kararsızım	44	18,9
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsaygıları yüksektir.	Katılıyorum	8	3,4
	Katılmıyorum	216	93,2
	Kararsızım	8	3,4
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	Katılıyorum	107	46,1
	Katılmıyorum	52	22,4
	Kararsızım	73	31,5
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Katılıyorum	4	1,7
	Katılmıyorum	226	97,4
	Kararsızım	2	0,9
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	Katılıyorum	225	97
	Katılmıyorum	5	2,2
	Kararsızım	2	0,8
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Katılıyorum	184	79,3
	Katılmıyorum	15	6,5
	Kararsızım	33	14,2
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya	Katılıyorum	202	87,1
	Katılmıyorum	9	3,9

ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir	Kararsızım	21	9
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	Katılıyorum	39	16,8
	Katılmıyorum	130	56
	Kararsızım	63	27,2
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	Katılıyorum	210	90,5
	Katılmıyorum	9	3,9
	Kararsızım	13	5,6
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Katılıyorum	202	87,1
	Katılmıyorum	1	0,4
	Kararsızım	29	12,5
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar	Katılıyorum	118	50,9
	Katılmıyorum	36	15,5
	Kararsızım	78	33,6
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	Katılıyorum	179	77,2
	Katılmıyorum	13	5,6
	Kararsızım	40	17,2
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Katılıyorum	184	79,3
	Katılmıyorum	2	0,9
	Kararsızım	46	19,8
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Katılıyorum	218	94
	Katılmıyorum	6	2,6
	Kararsızım	8	3,4
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Katılıyorum	9	3,9
	Katılmıyorum	205	88,4
	Kararsızım	18	7,7
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar	Katılıyorum	37	15,9
	Katılmıyorum	129	55,6
	Kararsızım	66	28,5
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Katılıyorum	97	41,8
	Katılmıyorum	29	12,5
	Kararsızım	106	45,7
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	Katılıyorum	173	74,6
	Katılmıyorum	8	3,4
	Kararsızım	51	22
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Katılıyorum	167	72
	Katılmıyorum	13	5,6
	Kararsızım	52	22,4
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Katılıyorum	21	9,1
	Katılmıyorum	168	72,4
	Kararsızım	43	18,5
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	Katılıyorum	185	79,7
	Katılmıyorum	10	4,3
	Kararsızım	37	16
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	Katılıyorum	226	97,4
	Katılmıyorum	2	0,9
	Kararsızım	4	1,7
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Katılıyorum	25	10,8
	Katılmıyorum	194	83,6

	Kararsızım	13	5,6
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler	Katılıyorum	118	50,9
	Katılmıyorum	44	19
	Kararsızım	70	30,1
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	Katılıyorum	134	57,8
	Katılmıyorum	36	15,5
	Kararsızım	62	26,7
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	Katılıyorum	82	35,3
	Katılmıyorum	118	50,9
	Kararsızım	32	13,8
64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Katılıyorum	88	37,9
	Katılmıyorum	65	28
	Kararsızım	79	34,1
65. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	Katılıyorum	18	7,8
	Katılmıyorum	195	84
	Kararsızım	19	8,2
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler	Katılıyorum	99	42,7
	Katılmıyorum	53	22,8
	Kararsızım	80	34,5
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	Katılıyorum	58	25
	Katılmıyorum	89	38,4
	Kararsızım	85	36,6
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	Katılıyorum	200	86,2
	Katılmıyorum	5	2,2
	Kararsızım	27	11,6
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.	Katılıyorum	179	77,1
	Katılmıyorum	18	15,1
	Kararsızım	35	7,8
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmaliinin oluşmasında etken değildir.	Katılıyorum	25	10,8
	Katılmıyorum	170	73,3
	Kararsızım	37	15,9
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Katılıyorum	160	69
	Katılmıyorum	23	9,9
	Kararsızım	49	21,1
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	Katılıyorum	25	10,8
	Katılmıyorum	159	68,5
	Kararsızım	48	20,7
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Katılıyorum	164	70,7
	Katılmıyorum	17	7,3
	Kararsızım	51	22
74. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Katılıyorum	7	3
	Katılmıyorum	208	89,7
	Kararsızım	17	7,3
75. Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	Katılıyorum	208	89,7
	Katılmıyorum	8	3,4
	Kararsızım	16	6,9
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.	Katılıyorum	203	87,5
	Katılmıyorum	5	2,2

	Kararsızım	24	10,3
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Katılıyorum	116	50
	Katılmıyorum	34	14,7
	Kararsızım	82	35,3
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Katılıyorum	221	95,3
	Katılmıyorum	4	1,7
	Kararsızım	7	3

Tablo 4.5. Katılımcıların 12-78. Sorularda Aldıkları Ortalama Puan

	n	Aritmetik ortalama ±standart sapma	Medyan (min.-max.)
Çalışmaya katılan asistan hekimler	232	51,24±9,36	51(7-67)

n: Asistan sayısı

Katılımcıların 12-78. sorularda aldıkları ortalama puanlar, sosyodemografik özellikleri (yaş,cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek yılı), tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alıp almama durumları ve tıp fakültesi bölümlerine göre karşılaştırılmıştır. Bu özelliklerden yaş (p=0,031), cinsiyet (p=0,015) ve tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alıp almama durumlarında (p=0,0001) aldıkları ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Otuz yaş altında olanların ortalama puanı 30 ve üzeri yaşta olanlara göre, kadınların ortalama puanı erkeklere göre ve tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alanların ortalama puanı almayanlara göre daha yüksektir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve eğitim durumlarına göre aldıkları ortalama puanların karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine ve Eğitim Durumlarına Göre Aldıkları Ortalama Puanların Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		n	Aritmetik ortalama ±standart sapma	Medyan (min.-max.)	p
Cinsiyet	Kadın	120	52,68±7,90	52(28-67)	0,015
	Erkek	112	49,70±10,53	49(7-66)	
Yaş	<30	177	51,98±9,15	51(7-67)	0,031
	30 ve üstü	55	48,87±9,74	48(24-65)	
Medeni durum	Evli	112	51,09±9,24	51(24-66)	0,817
	Bekar	120	51,38±9,51	51(7-67)	

Çocuk sahibi olma	Evet	55	51,20±9,26	51(24-65)	0,967
	Hayır	177	51,25±9,42	51(7-67)	
Meslek süresi	<5	166	51,95±9,10	51(7-67)	0,069
	6 yıl ve üstü	66	49,46±9,84	49(24-66)	
Tıp fakültesi veya mezuniyet sonrası Çivi Konusunda Eğitim alma	Evet	117	53,60±8,28	53(25-67)	<0,0001
	Hayır	115	48,84±9,81	48(7-66)	
Tıp fakültesi bölümleri	Dahili ve Temel	175	51,58±9,67	51(7-67)	0,330
	Cerrahi	57	50,19±8,35	50(24-63)	

Çalışmamızda; katılımcılardan, tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ eğitimi alanların anketin 8. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) “evet” cevabı verme oranları ile tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında eğitim almayan katılımcıların “evet” cevabı verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p=0,002) farklılık vardır (Tablo 4.7). Katılımcılardan, tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ eğitimi alanların anketin 9.sorusuna(Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) “evet” cevabı verme oranları ile tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında eğitim almayan katılımcıların “evet” cevabı verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı (p<0,0001) farklılık vardır (Tablo 4.8).

Tablo 4.7. Tıp Fakültesi Eğitimleri Esnasında veya Mezuniyet Sonrasında ÇİVİ Eğitimi Alan ve Almayan Katılımcıların, Gündelik Hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları

ÇİVİ Eğitimi Alma Durumu		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ eğitimi aldı mı?	Evet	85	32	117	0,002
		%58,2	%37,2	%50,4	
Hayır		61	54	115	
		%41,8	%62,8	%49,6	
Toplam		146	86	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.8. Tıp Fakültesi Eğitimleri Esnasında veya Mezuniyet Sonrasında ÇİVİ Eğitimi Alan ve Almayan Katılımcıların, Gündelik Hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmal Vakasıyla Karşılaşma Durumları

ÇİVİ Eğitimi Alma Durumu		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ eğitimi aldı mı?	Evet	100	17	117	<0,0001
		%57,5	%29,3	%50,4	
	Hayır	74	41	115	
		%42,5	%70,7	%49,6	
Toplam		174	58	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızda; katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre anketin 8. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,657) (Tablo 4.9). Çalışmamızda; katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre anketin 9. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,422) (Tablo 4.10).

Tablo 4.9. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları

Çocuk sahibi olma durumu		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Çocuk sahibi olma	Evet	36	19	55	0,657
		%24,7	%22,1	%23,7	
	Hayır	110	67	177	
		%75,3	%77,9	%76,3	
Toplam		146	86	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.10. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmal Vakasıyla Karşılaşma Durumları

Çocuk sahibi olma durumu		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Çocuk sahibi olma	Evet	39	16	55	0,422
		%22,4	%27,6	%23,7	
	Hayır	135	42	177	
		%77,6	%72,4	%76,3	
Toplam		174	58	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızda; katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre anketin 10. sorusuna (Çocuk ihmal ve çocuk istismarı hakkında eğitim almak ister misiniz?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0,991$) saptanmamıştır.(Tablo 4.11)

Tablo 4.11. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmal Hakkında Eğitim Almayı İsteme Durumları

ÇİVİ hakkında eğitim almayı isteme durumu		Çocuk sahibi olma		Toplam	p
		Evet	Hayır		
ÇİVİ hakkında eğitim almak istiyor musunuz?	Evet	50	161	211	0,991
		%23,7	%76,3	%90,9	
	Hayır	5	16	21	
		%23,8	%76,2	%9,1	
Toplam		55	177	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızda; katılımcıların meslek sürelerine göre anketin 8. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0,888$) saptanmamıştır (Tablo 4.12). Çalışmamızda; katılımcıların meslek sürelerine göre anketin 9. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,614$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.12. Katılımcıların Meslek Sürelerine Göre Gündelik Hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları

Meslek Sürelerine Göre		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Görev süreniz 5 yıldan fazla mı?	Evet	42 %28,8	24 %27,9	66 %37,1	0,888
	Hayır	104 %71,2	62 %72,1	166 %62,9	
Toplam		146 %100,0	86 %100,0	232 %100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.13. Katılımcıların Meslek Sürelerine Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmal Vakasıyla Karşılaşma Durumları

Meslek Sürelerine Göre		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Görev süreniz 5 yıldan fazla mı?	Evet	48 %27,6	18 %31	66 %25	0,614
	Hayır	126 %72,4	40 %69	166 %75	
Toplam		174 %100,0	58 %100,0	232 %100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızda; katılımcıların meslek sürelerine göre anketin 10. sorusuna (Çocuk ihmal ve çocuk istismarı hakkında eğitim almak ister misiniz?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0,603$) saptanmamıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Katılımcıların Meslek Sürelerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Eğitim Almayı İsteme Durumları

Meslek Sürelerine Göre		ÇİVİ hakkında eğitim almak istiyor musunuz?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Görev süreniz 5 yıldan fazla mı?	Evet	59	7	66	0,603
		%28	%33,3	%28,4	
	Hayır	152	14	166	
		%72	%66,7	%71,6	
Toplam		211	21	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızda; katılımcıların cinsiyete göre anketin 8. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0,136$) saptanmamıştır (Tablo 4.15). Çalışmamızda; katılımcıların cinsiyete göre anketin 9. sorusuna (Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?) verdikleri “evet” veya “hayır” cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır($p=0,015$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.15. Katılımcıların Cinsiyete Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumları

CİNSİYET		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk istismarından şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Cinsiyet	Kadın	81	39	120	0,136
		%55,5	%45,3	%51,7	
	Erkek	65	47	112	
		%44,5	%54,7	%48,3	
Toplam		146	86	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.16. Katılımcıların Cinsiyete Göre Gündelik hayatlarında veya Görev Başında iken Çocuk İhmal Vakasıyla Karşılaşma Durumları

CİNSİYET		Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk ihmalinden şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Cinsiyet	Kadın	98	22	120	0,015
		56,3	37,9	%51,7	
	Erkek	76	36	112	
		43,7	62,1	%43,3	
Toplam		174	58	232	
		%100,0	%100,0	%100,0	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmamızda kullandığımız anketin 12-78. sorularında katılımcıların her bir soru için doğru cevaplama sayıları ve oranları ve bu oranlar arasındaki farklar; “cinsiyet”, “yaş”, “medeni durum”, “çocuk sahibi olma”, “meslek süresi”, “tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ eğitimi alma durumu” değişkenlerine göre karşılaştırılmıştır (Tablo 4.17-Tablo 4.22).

12-78. sorularda katılımcıların doğru cevaplama oranları “cinsiyet” değişkenine göre karşılaştırıldığında 17. soruda (p=0,041), 19. soruda (p=0,003), 36. soruda (p=0,002), 37. soruda (p=0,007), 44. soruda (p=0,007), 51. soruda (p=0,011), 59. soruda (p=0,010), 61. soruda (p=0,018), 67. soruda (p=0,031), 71. soruda (p=0,040) ve 75. soruda (p=0,012) “kadın” cinsiyet grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.17).

12-78. sorularda katılımcıların doğru cevaplama oranları “yaş” değişkenine göre karşılaştırıldığında 40. soruda (p=0,023), 44. soruda (p=0,035), 61. soruda (p=0,014), 63. soruda (p=0,002), 67. soruda (p=0,010) ve 75. soruda (p=0,002) “30 dan küçük” yaş grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.18).

12-78. sorularda katılımcıların doğru cevaplama oranları “medeni durum” değişkenine göre karşılaştırıldığında yalnızca 49.soruda (p=0,020) “evli” medeni durumu lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.19).

12-78. sorularda katılımcıların doğru cevaplama oranları “çocuk sahibi olma” değişkenine göre karşılaştırıldığında yalnızca 40. soruda (p=0,023) ve 49. soruda (p=0,046) “çocuk sahibi olmayan” grup lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.20).

12-78. sorularda katılımcıların doğru cevaplama oranları “meslek süresi” değişkenine göre karşılaştırıldığında 34. soruda (p=0,014), 44. soruda (p=0,008), 63. soruda (p=0,028), 72. soruda (p=0,030) ve 74. soruda (p=0,013) “ilk 5 yıl” grubunun lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.21).

12-78. sorularda katılımcıların doğru cevaplama oranları “tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ eğitimi alma durumu” değişkenine göre karşılaştırıldığında 21. soruda (p=0,018), 23. soruda (p=0,016), 31. soruda (p=0,042), 32. soruda (p=0,001), 36. soruda (p=0,047), 49. soruda (p=0,016), 51. soruda (p=0,015), 53. soruda (p=0,026), 54. soruda (p=0,001), 57. soruda (p=0,010), 67. soruda (p=0,028), 71. soruda (p=0,018), 72. soruda (p=0,009), 73. soruda (p<0,0001), 74. soruda (p=0,008), ve 75. soruda (p=0,001) “tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında eğitim alan” grup lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.17. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Cinsiyet” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

CİNSİYET		Kadın	Erkek	p
		n (%)	n (%)	
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	Doğru	117 (52,2)	107 (47,8)	0,413
	Yanlış	3 (37,5)	5 (62,5)	
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	Doğru	91 (51,1)	87 (48,9)	0,740
	Yanlış	29 (53,7)	25 (46,3)	
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Doğru	97 (50,8)	94 (49,2)	0,537
	Yanlış	23 (56,1)	18 (43,9)	
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	70 (52,2)	64 (47,8)	0,854
	Yanlış	50 (51)	48 (49)	
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	Doğru	47 (51,1)	45 (48,9)	0,875
	Yanlış	73 (52,1)	67 (47,9)	
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	Doğru	87 (56,5)	67 (43,5)	0,041
	Yanlış	33 (42,3)	45 (57,7)	
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	Doğru	116 (52,7)	104 (47,3)	0,190
	Yanlış	4 (33,3)	8 (66,7)	
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	Doğru	75 (61)	48 (39)	0,003
	Yanlış	45 (41,3)	64 (58,7)	
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Doğru	102 (51,8)	95 (48,2)	0,970
	Yanlış	18 (51,4)	17 (48,6)	
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Doğru	100 (53,8)	86 (46,2)	0,211
	Yanlış	20 (43,5)	26 (56,5)	
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	Doğru	97 (54,5)	81 (45,5)	0,125
	Yanlış	23 (42,6)	31 (57,4)	

23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Doğru	107 (53)	95 (47)	0,324
	Yanlış	13 (43,3)	17 (56,7)	
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	114 (52,5)	103 (17,5)	0,347
	Yanlış	6 (40)	9 (60)	
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Doğru	97 (53,9)	83 (46,1)	0,220
	Yanlış	23 (44,2)	29 (55,8)	
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	115 (52,8)	103 (47,2)	0,216
	Yanlış	5 (35,7)	9 (64,3)	
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Doğru	110 (52,4)	100 (47,6)	0,536
	Yanlış	10 (45,5)	12 (54,5)	
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir	Doğru	103 (52,6)	93 (47,4)	0,556
	Yanlış	17 (47,2)	19 (52,8)	
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Doğru	119 (52)	110 (48)	0,521
	Yanlış	1 (33,3)	2 (66,7)	
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Doğru	112 (51,4)	106 (48,6)	0,676
	Yanlış	8 (57,1)	6 (42,9)	
31. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Doğru	115 (52,5)	104 (47,5)	0,325
	Yanlış	5 (38,5)	8 (61,5)	
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	82 (55,8)	65 (44,2)	0,104
	Yanlış	38 (44,7)	47 (55,3)	
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Doğru	113 (52,1)	104 (47,9)	0,685
	Yanlış	7 (46,7)	8 (53,3)	
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Doğru	115 (52,8)	103 (47,2)	0,216
	Yanlış	5 (35,7)	9 (64,3)	
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	90 (51,4)	85 (48,6)	0,875
	Yanlış	30 (52,6)	27 (47,4)	
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmalidir.	Doğru	104 (57,1)	78 (42,9)	0,002
	Yanlış	16 (32)	34 (68)	
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmalidir.	Doğru	118 (53,9)	101 (46,1)	0,007
	Yanlış	2 (15,4)	11 (84,6)	
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Doğru	82 (50,6)	80 (49,4)	0,608
	Yanlış	38 (54,3)	32 (45,7)	
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıgıları yüksektir.	Doğru	112 (51,9)	104 (48,1)	0,886
	Yanlış	8 (50)	8 (50)	
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	Doğru	61 (57)	46 (43)	0,136
	Yanlış	59 (47,2)	66 (52,8)	
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Doğru	118 (52,2)	108 (47,8)	0,361
	Yanlış	2 (33,3)	4 (66,7)	
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma,kaçınma gösterebilirler.	Doğru	118 (52,7)	106 (47,3)	0,124
	Yanlış	2 (25)	6 (75)	
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyanlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Doğru	8 (53,3)	7 (46,7)	0,897
	Yanlış	112 (51,6)	105 (48,4)	
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir	Doğru	111 (55,2)	90 (44,8)	0,007
	Yanlış	9 (29)	22 (71)	
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	Doğru	70 (53,8)	60 (46,2)	0,465
	Yanlış	50 (49)	52 (51)	
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile	Doğru	112 (53,3)	98 (46,7)	

karşılaşılabılır	Yanlış	8 (36,4)	14 (63,6)	0,130
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Doğru	109 (54)	93 (46)	0,077
	Yanlış	11 (36,7)	19 (63,3)	
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	Doğru	67 (56,8)	51 (43,2)	0,117
	Yanlış	53 (46,5)	61 (53,5)	
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır	Doğru	97 (54,2)	82 (45,8)	0,167
	Yanlış	23 (43,4)	30 (56,6)	
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Doğru	101 (54,9)	83 (45,1)	0,059
	Yanlış	19 (39,6)	29 (60,4)	
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Doğru	117 (53,9)	100 (46,1)	0,011
	Yanlış	3 (20)	12 (80)	
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Doğru	110 (53,9)	94 (46,1)	0,071
	Yanlış	10 (35,7)	18 (64,3)	
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	Doğru	68 (53,1)	60 (46,9)	0,636
	Yanlış	52 (50)	52 (50)	
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Doğru	56 (57,7)	41 (42,3)	0,121
	Yanlış	64 (47,4)	71 (52,6)	
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	Doğru	93 (54,4)	78 (45,6)	0,174
	Yanlış	27 (44,3)	34 (55,7)	
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Doğru	85 (51,5)	80 (48,5)	0,920
	Yanlış	35 (52,2)	32 (28,6)	
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmali önemi yoktur.	Doğru	88 (52,7)	79 (47,3)	0,635
	Yanlış	32 (49,2)	33 (50,8)	
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	Doğru	99 (53,8)	85 (46,2)	0,214
	Yanlış	21 (43,8)	27 (56,3)	
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir	Doğru	120 (53,1)	106 (46,9)	0,010
	Yanlış	0 (0)	6 (100)	
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Doğru	103 (53,4)	90 (46,6)	0,265
	Yanlış	17 (43,6)	22 (56,4)	
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	Doğru	52 (44,1)	66 (55,9)	0,018
	Yanlış	68 (59,6)	46 (40,4)	
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır	Doğru	70 (52,6)	63 (47,4)	0,749
	Yanlış	50 (50,5)	49 (49,5)	
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmali önemi yoktur.	Doğru	54 (45,8)	64 (54,2)	0,064
	Yanlış	66 (57,9)	48 (42,1)	
64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Doğru	47 (53,4)	41 (46,6)	0,688
	Yanlış	73 (50,7)	71 (49,3)	
65. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır	Doğru	103 (53,1)	91 (46,9)	0,346
	Yanlış	17 (44,7)	21 (55,3)	
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	Doğru	53 (53,5)	46 (46,5)	0,634
	Yanlış	67 (50,4)	66 (49,6)	
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez.	Doğru	54 (60,7)	35 (39,3)	0,031
	Yanlış	66 (46,2)	77 (53,8)	
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmali yol açan bir faktördür.	Doğru	106 (53,3)	93 (46,7)	0,248
	Yanlış	14 (42,4)	19 (57,6)	
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmali önemi bir	Doğru	94 (52,8)	84 (47,2)	

etkendir.	Yanlış	26 (48,1)	28 (51,9)	0,548
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	Doğru	89 (53,0)	79 (47,0)	0,536
	Yanlış	31 (48,4)	33 (51,6)	
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Doğru	90 (56,3)	70 (43,8)	0,040
	Yanlış	30 (41,7)	42 (58,3)	
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali için önemli bir faktör değildir.	Doğru	87 (55,1)	71 (44,9)	0,137
	Yanlış	33 (44,6)	41 (55,4)	
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Doğru	85 (52,1)	78 (47,9)	0,843
	Yanlış	35 (50,7)	34 (49,3)	
74. Çocuk istismar ve ihmali için üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Doğru	110 (52,9)	98 (47,1)	0,298
	Yanlış	10 (41,7)	14 (58,3)	
75. Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	Doğru	113 (54,6)	94 (45,4)	0,012
	Yanlış	7 (28,0)	18 (72,0)	
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	Doğru	105 (52,5)	95 (47,5)	0,554
	Yanlış	15 (46,9)	17 (53,1)	
77. Annenin çocukta sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Doğru	61 (53,0)	54 (47,0)	0,690
	Yanlış	59 (50,4)	58 (49,6)	
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Doğru	116 (52,5)	105 (47,5)	0,296
	Yanlış	4 (36,4)	7 (63,6)	

Tablo 4.18. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Yaş” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

YAŞ		<30 yaş	30 yaş ve üzeri	p
		n (%)	n (%)	
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	Doğru	172 (76,8)	52 (23,2)	0,351
	Yanlış	5 (62,5)	3 (37,5)	
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	Doğru	138 (77,5)	40 (22,5)	0,422
	Yanlış	39 (72,2)	15 (27,8)	
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Doğru	146 (76,4)	45 (23,6)	0,910
	Yanlış	31 (75,6)	10 (24,4)	
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	101 (75,4)	33 (24,6)	0,700
	Yanlış	76 (77,6)	22 (22,4)	
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	Doğru	70 (76,1)	22 (23,9)	0,952
	Yanlış	107 (76,4)	33 (23,6)	
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	Doğru	120 (77,9)	34 (22,1)	0,412
	Yanlış	57 (73,1)	21 (26,9)	
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	Doğru	168 (76,4)	52 (23,6)	0,914
	Yanlış	9 (75,0)	3 (25,0)	
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	Doğru	91 (74,0)	32 (26,0)	0,380
	Yanlış	86 (78,9)	23 (21,1)	
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Doğru	150 (76,1)	47 (23,9)	0,898
	Yanlış	27 (77,1)	8 (22,9)	
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur,	Doğru	146 (78,5)	40 (21,5)	

tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Yanlış	31 (67,4)	15 (32,6)	0,113
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	Doğru	134 (75,3)	44 (24,7)	0,510
	Yanlış	43 (79,6)	11 (20,4)	
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Doğru	153 (75,7)	49 (24,3)	0,609
	Yanlış	24 (80,0)	6 (20,0)	
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	164 (75,6)	53 (24,4)	0,329
	Yanlış	13 (86,7)	2 (13,3)	
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Doğru	140 (77,8)	40 (22,2)	0,323
	Yanlış	37 (71,2)	15 (28,8)	
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	165 (75,7)	53 (24,3)	0,393
	Yanlış	12 (85,7)	2 (14,3)	
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Doğru	161 (91,0)	49 (23,3)	0,679
	Yanlış	16 (72,7)	6 (27,3)	
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir	Doğru	148 (75,5)	48 (24,5)	0,513
	Yanlış	29 (80,6)	7 (19,4)	
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Doğru	175 (76,4)	54 (23,6)	0,693
	Yanlış	2 (66,7)	1 (33,3)	
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Doğru	168 (77,1)	50 (22,9)	0,276
	Yanlış	9 (64,3)	5 (35,7)	
31. 20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Doğru	169 (77,2)	50 (22,8)	0,198
	Yanlış	8 (61,5)	5 (38,5)	
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	113 (76,9)	34 (23,1)	0,786
	Yanlış	64 (75,3)	21 (24,7)	
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Doğru	166 (76,5)	51 (23,5)	0,780
	Yanlış	11 (73,3)	4 (26,7)	
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Doğru	169 (77,5)	49 (22,5)	0,082
	Yanlış	8 (57,1)	6 (42,9)	
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	133 (76,0)	42 (24,0)	0,854
	Yanlış	44 (77,2)	13 (22,8)	
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	Doğru	134 (73,6)	48 (26,4)	0,068
	Yanlış	43 (86,0)	7 (14,0)	
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	Doğru	168 (76,7)	51 (23,3)	0,538
	Yanlış	9 (69,2)	4 (30,8)	
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Doğru	125 (77,2)	37 (22,8)	0,637
	Yanlış	52 (74,3)	18 (25,7)	
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıgıları yüksektir.	Doğru	164 (75,9)	52 (24,1)	0,629
	Yanlış	13 (81,3)	3 (18,8)	
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	Doğru	89 (83,2)	18 (16,8)	0,023
	Yanlış	88 (70,4)	37 (29,6)	
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Doğru	173 (76,5)	53 (23,5)	0,574
	Yanlış	4 (66,7)	2 (33,3)	
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	Doğru	171 (76,3)	53 (23,7)	0,930
	Yanlış	6 (75,0)	2 (25,0)	
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Doğru	9 (60,0)	6 (40,0)	0,125
	Yanlış	168 (77,4)	49 (22,6)	
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını	Doğru	158 (78,6)	43 (21,4)	

ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	Yanlış	19 (61,3)	12 (38,7)	0,035
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	Doğru	100 (76,9)	30 (23,1)	0,799
	Yanlış	77 (75,5)	25 (24,5)	
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir	Doğru	164 (78,1)	46 (21,9)	0,046
	Yanlış	13 (59,1)	9 (40,9)	
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Doğru	156 (77,2)	46 (22,8)	0,385
	Yanlış	21 (70,0)	9 (30,0)	
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	Doğru	96 (81,4)	22 (18,6)	0,065
	Yanlış	81 (71,1)	33 (28,9)	
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır	Doğru	138 (77,1)	41 (22,9)	0,598
	Yanlış	39 (73,6)	14 (26,4)	
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Doğru	145 (78,8)	39 (21,2)	0,078
	Yanlış	32 (66,7)	16 (33,3)	
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Doğru	167 (77,0)	50 (23,0)	0,365
	Yanlış	10 (66,7)	5 (33,3)	
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Doğru	157 (77,0)	47 (23,0)	0,519
	Yanlış	20 (71,4)	8 (28,6)	
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	Doğru	98 (76,6)	30 (23,4)	0,915
	Yanlış	79 (76,0)	25 (24,0)	
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Doğru	76 (78,4)	21 (21,6)	0,532
	Yanlış	101 (74,8)	34 (25,2)	
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	Doğru	131 (76,6)	40 (23,4)	0,850
	Yanlış	46 (75,4)	15 (24,6)	
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Doğru	127 (77,0)	38 (23,0)	0,704
	Yanlış	50 (74,6)	17 (25,4)	
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Doğru	128 (76,6)	39 (23,4)	0,839
	Yanlış	49 (75,4)	16 (24,6)	
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	Doğru	145 (78,8)	39 (21,2)	0,078
	Yanlış	32 (66,7)	16 (33,3)	
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir	Doğru	172 (76,1)	54 (23,9)	0,681
	Yanlış	5 (83,3)	1 (16,7)	
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Doğru	147 (76,2)	46 (23,8)	0,919
	Yanlış	30 (76,9)	9 (23,1)	
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	Doğru	98 (83,1)	20 (16,9)	0,014
	Yanlış	79 (69,3)	35 (30,7)	
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır	Doğru	107 (80,5)	26 (19,5)	0,084
	Yanlış	70 (70,7)	29 (29,3)	
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Doğru	100 (84,7)	18 (15,3)	0,002
	Yanlış	77 (67,5)	37 (32,5)	
64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Doğru	70 (79,5)	18 (20,5)	0,363
	Yanlış	107 (74,3)	37 (25,7)	
65. Fiziksel ve mental özürülü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır	Doğru	152 (78,4)	42 (21,6)	0,096
	Yanlış	25 (65,8)	13 (34,2)	
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	Doğru	81 (81,8)	18 (18,2)	0,088
	Yanlış	96 (72,2)	37 (27,8)	
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması	Doğru	76 (85,4)	13 (14,6)	

istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	Yanlış	101 (70,6)	42 (29,4)	0,010
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	Doğru	156 (78,4)	43 (21,6)	0,065
	Yanlış	21 (63,6)	12 (36,4)	
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkendir.	Doğru	141 (79,2)	37 (20,8)	0,058
	Yanlış	26 (66,7)	18 (33,3)	
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	Doğru	132 (78,6)	36 (21,4)	0,186
	Yanlış	45 (70,3)	19 (29,7)	
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Doğru	126 (78,8)	34 (21,3)	0,190
	Yanlış	51 (70,8)	21 (29,2)	
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	Doğru	126 (79,7)	32 (20,3)	0,071
	Yanlış	51 (68,9)	23 (31,1)	
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Doğru	127 (77,9)	36 (22,1)	0,372
	Yanlış	50 (72,5)	19 (27,5)	
74. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Doğru	161 (77,4)	47 (22,6)	0,242
	Yanlış	16 (66,7)	8 (33,3)	
75. Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	Doğru	164 (79,2)	43 (20,8)	0,002
	Yanlış	13 (52,0)	12 (48,0)	
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkendir.	Doğru	155 (77,5)	45 (22,5)	0,280
	Yanlış	22 (68,8)	10 (31,2)	
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Doğru	89 (77,4)	26 (22,6)	0,697
	Yanlış	88 (75,2)	29 (24,8)	
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Doğru	168 (76,0)	53 (24,0)	0,659
	Yanlış	9 (81,8)	2 (18,2)	

Tablo 4.19. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Medeni Durum” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

MEDENİ DURUM		Bekar	Evli	p
		n (%)	n (%)	
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	Doğru	116 (51,8)	108 (48,2)	0,921
	Yanlış	4 (50,0)	4 (50,0)	
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	Doğru	94 (52,8)	84 (47,2)	0,548
	Yanlış	26 (48,1)	28 (51,9)	
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Doğru	98 (51,3)	93 (48,7)	0,785
	Yanlış	22 (53,7)	19 (46,3)	
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	74 (55,2)	60 (44,8)	0,212
	Yanlış	46 (46,9)	52 (53,1)	
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	Doğru	51 (55,4)	41 (44,6)	0,359
	Yanlış	69 (49,3)	71 (50,7)	
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	Doğru	79 (51,3)	75 (48,7)	0,855
	Yanlış	41 (52,6)	37 (47,4)	
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	Doğru	112 (50,9)	108 (49,1)	0,287
	Yanlış	8 (66,7)	4 (33,3)	

19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	Doğru	67 (54,5)	56 (45,5)	0,374
	Yanlış	53 (48,6)	56 (51,4)	
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Doğru	103 (52,3)	94 (47,7)	0,685
	Yanlış	17 (48,6)	18 (51,4)	
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Doğru	93 (50,0)	93 (50,0)	0,291
	Yanlış	27 (58,7)	19 (41,3)	
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	Doğru	93 (52,2)	85 (47,8)	0,772
	Yanlış	27 (50,0)	27 (50,0)	
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Doğru	100 (49,5)	102 (50,5)	0,079
	Yanlış	20 (66,7)	10 (33,3)	
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	110 (50,7)	107 (49,3)	0,231
	Yanlış	10 (66,7)	5 (33,3)	
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Doğru	91 (50,6)	89 (49,4)	0,508
	Yanlış	29 (55,8)	23 (44,2)	
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	114 (52,3)	104 (47,7)	0,493
	Yanlış	6 (42,9)	8 (57,1)	
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Doğru	111 (52,9)	99 (47,1)	0,286
	Yanlış	9 (40,9)	13 (59,1)	
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir	Doğru	100 (51,0)	96 (49,0)	0,617
	Yanlış	20 (55,6)	16 (44,4)	
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Doğru	118 (51,5)	111 (48,5)	0,602
	Yanlış	2 (66,7)	1 (33,3)	
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Doğru	112 (51,4)	106 (48,6)	0,676
	Yanlış	8 (57,1)	6 (42,9)	
31. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Doğru	112 (51,1)	107 (48,9)	0,466
	Yanlış	8 (61,5)	5 (38,5)	
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	79 (53,7)	68 (46,3)	0,419
	Yanlış	41 (48,2)	44 (51,8)	
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Doğru	114 (52,5)	103 (47,5)	0,347
	Yanlış	6 (40,0)	9 (60,0)	
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Doğru	117 (53,7)	101 (46,3)	0,019
	Yanlış	3 (21,4)	11 (78,6)	
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	91 (52,0)	84 (48,0)	0,883
	Yanlış	29 (50,9)	28 (49,1)	
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	Doğru	89 (48,9)	93 (51,1)	0,101
	Yanlış	31 (62,0)	19 (38,0)	
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	Doğru	114 (52,1)	105 (47,9)	0,679
	Yanlış	6 (46,2)	7 (53,8)	
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Doğru	87 (53,7)	75 (46,3)	0,359
	Yanlış	33 (47,1)	37 (52,9)	
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları yüksektir.	Doğru	109 (50,5)	107 (49,5)	0,158
	Yanlış	11 (68,8)	5 (31,2)	
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	Doğru	61 (57,0)	46 (43,0)	0,136
	Yanlış	59 (47,2)	66 (52,8)	
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Doğru	115 (50,9)	111 (49,1)	0,116
	Yanlış	5 (83,3)	1 (16,7)	
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve	Doğru	114 (50,9)	110 (49,1)	

diğer yetişkinlerden korkma,kaçınma gösterebilirler.	Yanlış	6 (75,0)	2 (25,0)	0,180
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Doğru	11 (73,3)	4 (26,7)	0,083
	Yanlış	109 (50,2)	108 (49,8)	
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	Doğru	102 (50,7)	99 (49,3)	0,448
	Yanlış	18 (58,1)	13 (41,9)	
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	Doğru	67(51,5)	63 (48,5)	0,949
	Yanlış	53 (52,0)	49 (48,0)	
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir	Doğru	110 (52,4)	100 (47,6)	0,536
	Yanlış	10 (45,5)	12 (54,5)	
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Doğru	105 (52,0)	97 (48,0)	0,840
	Yanlış	15 (50,0)	15 (50,0)	
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	Doğru	65 (55,1)	53 (44,9)	0,297
	Yanlış	55 (48,2)	59(51,8)	
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır	Doğru	100 (55,9)	79 (44,1)	0,020
	Yanlış	20 (37,7)	33 (62,3)	
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Doğru	99 (53,8)	85 (46,2)	0,214
	Yanlış	21 (43,8)	27 (56,3)	
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Doğru	112 (51,6)	105 (48,4)	0,897
	Yanlış	8 (53,3)	7 (46,7)	
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Doğru	104 (51,0)	100 (49,0)	0,541
	Yanlış	16 (57,1)	12 (42,9)	
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	Doğru	72 (56,3)	56 (43,8)	0,126
	Yanlış	48 (46,2)	56 (53,8)	
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Doğru	48 (49,5)	49 (50,5)	0,563
	Yanlış	72 (53,3)	63 (46,7)	
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	Doğru	92 (53,8)	79 (46,2)	0,289
	Yanlış	28 (45,9)	33 (54,1)	
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Doğru	85(51,5)	80 (48,5)	0,920
	Yanlış	35(52,2)	32 (47,8)	
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Doğru	89 (53,3)	78 (46,7)	0,443
	Yanlış	31 (47,7)	34 (52,3)	
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	Doğru	96 (52,2)	88 (47,8)	0,788
	Yanlış	24 (50,0)	24 (50,0)	
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir	Doğru	116 (51,3)	110 (48,7)	0,458
	Yanlış	4 (66,7)	2 (33,3)	
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Doğru	97 (50,3)	96 (49,7)	0,321
	Yanlış	23 (59,0)	16 (41,0)	
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	Doğru	63 (53,4)	55 (46,6)	0,605
	Yanlış	57 (50,0)	57 (50,0)	
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır	Doğru	67 (50,4)	66 (49,6)	0,634
	Yanlış	53 (53,5)	46 (46,5)	
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmali önemi yoktur.	Doğru	65 (55,1)	53 (44,9)	0,297
	Yanlış	55 (48,2)	59 (51,8)	
64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Doğru	43 (48,9)	45 (51,1)	0,495
	Yanlış	77 (53,5)	67 (46,5)	
65. Fiziksel ve mental özürülü bebeklerin istismar ve ihmale	Doğru	96 (49,5)	98 (50,5)	

uğrama olasılığı daha azdır	Yanlış	24 (63,2)	14 (36,8)	0,123
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	Doğru	55 (55,6)	44 (44,4)	0,314
	Yanlış	65 (48,9)	68 (51,1)	
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	Doğru	48 (53,9)	41 (46,1)	0,595
	Yanlış	72 (50,3)	71 (49,7)	
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	Doğru	105 (52,8)	94 (47,2)	0,436
	Yanlış	15 (45,5)	18 (54,5)	
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkendir.	Doğru	90 (50,6)	88 (49,4)	0,520
	Yanlış	30 (55,6)	24 (44,4)	
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	Doğru	89 (53,0)	79 (47,0)	0,536
	Yanlış	31 (48,4)	33 (51,6)	
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Doğru	85 (53,1)	75 (46,9)	0,524
	Yanlış	35 (48,6)	37 (51,4)	
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	Doğru	81 (51,3)	77 (48,7)	0,838
	Yanlış	39 (52,7)	35 (47,3)	
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Doğru	86 (52,8)	77 (47,2)	0,627
	Yanlış	34 (49,3)	35 (50,7)	
74. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Doğru	106 (51,0)	102 (49,0)	0,494
	Yanlış	14 (58,3)	10 (41,7)	
75. Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	Doğru	104 (50,2)	103 (49,8)	0,193
	Yanlış	16 (64,0)	9 (36,0)	
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.	Doğru	103 (51,5)	97 (48,5)	0,864
	Yanlış	17 (53,1)	15 (46,9)	
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Doğru	54 (47,0)	61 (53,0)	0,150
	Yanlış	66 (56,4)	51 (43,6)	
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Doğru	114 (51,6)	107 (48,4)	0,848
	Yanlış	6 (54,5)	5 (45,5)	

Tablo 4.20. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Çocuk Sahibi Olma” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

ÇOCUK SAHİBİ OLMA		Çocuğu yok	Çocuğu var	p
		n (%)	n (%)	
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrıık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	Doğru	172 (76,8)	52 (23,2)	0,351
	Yanlış	5 (62,5)	3 (37,5)	
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	Doğru	137 (77,0)	41 (23,0)	0,662
	Yanlış	40 (74,1)	14 (25,9)	
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Doğru	145 (75,9)	46 (24,1)	0,771
	Yanlış	32 (78,0)	9 (22,0)	
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	102 (76,1)	32 (23,9)	0,942
	Yanlış	75 (76,5)	23 (23,5)	
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	Doğru	70 (76,1)	22 (23,9)	0,952
	Yanlış	107 (76,4)	33 (23,6)	
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda	Doğru	116 (75,3)	38 (24,7)	

sıklıkla ısırık izine rastlanır.	Yanlış	61 (78,2)	17 (21,8)	0,626
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığına düşündürmektedir.	Doğru	168 (76,4)	52 (23,6)	0,914
	Yanlış	9 (75,0)	3 (25,0)	
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	Doğru	89 (72,4)	34 (27,6)	0,134
	Yanlış	88 (80,7)	21 (19,3)	
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Doğru	149 (75,6)	48 (24,4)	0,576
	Yanlış	28 (80,0)	7 (20,0)	
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Doğru	138 (74,2)	48 (25,8)	0,131
	Yanlış	39 (84,8)	7 (15,2)	
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	Doğru	137 (77,0)	41 (23,0)	0,662
	Yanlış	40 (74,1)	14 (25,9)	
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Doğru	154 (76,2)	48 (23,8)	0,959
	Yanlış	23 (76,7)	7 (23,3)	
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	163 (75,1)	54 (24,9)	0,109
	Yanlış	14 (93,3)	1 (6,7)	
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Doğru	139 (77,2)	41 (22,8)	0,536
	Yanlış	38 (73,1)	14 (26,9)	
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	164 (75,2)	54 (24,8)	0,133
	Yanlış	13 (92,9)	1 (7,1)	
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Doğru	161 (76,7)	49 (23,3)	0,679
	Yanlış	16 (72,7)	6 (27,3)	
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir	Doğru	146 (74,5)	50 (25,5)	0,132
	Yanlış	31 (86,1)	5 (13,9)	
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Doğru	174 (76,0)	55 (24)	0,331
	Yanlış	3 (100)	0 (0,0)	
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Doğru	164 (75,2)	54 (24,8)	0,133
	Yanlış	13 (92,9)	1 (7,1)	
31. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Doğru	167 (76,3)	52 (23,7)	0,956
	Yanlış	10 (76,9)	3 (23,1)	
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	112 (76,2)	35 (23,8)	0,961
	Yanlış	65 (76,5)	20 (23,5)	
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Doğru	167 (77,0)	50 (23,0)	0,365
	Yanlış	10 (66,7)	5 (33,3)	
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Doğru	169 (77,5)	49 (22,5)	0,082
	Yanlış	8 (57,1)	6 (42,9)	
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	131 (74,9)	44 (25,1)	0,368
	Yanlış	46 (80,7)	11 (19,3)	
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	Doğru	135 (74,2)	47 (25,8)	0,148
	Yanlış	42 (84,0)	8 (16,0)	
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	Doğru	168 (76,7)	51 (23,3)	0,538
	Yanlış	9 (69,2)	4 (30,8)	
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Doğru	121 (74,7)	41 (25,3)	0,383
	Yanlış	56 (80,0)	14 (20,0)	
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıgıları yüksektir.	Doğru	164 (75,9)	52 (24,1)	0,629
	Yanlış	13 (81,3)	3 (18,7)	
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	Doğru	89 (83,2)	18 (16,8)	0,023
	Yanlış	88 (70,4)	37 (29,6)	

41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Doğru	171 (75,7)	55 (24,3)	0,167
	Yanlış	6 (100)	0 (0,0)	
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	Doğru	169 (75,4)	55 (24,6)	0,109
	Yanlış	8 (100)	0 (0,0)	
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyanlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Doğru	12 (80)	3 (20,0)	0,727
	Yanlış	165 (76,0)	52 (24,0)	
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	Doğru	155 (77,1)	46 (22,9)	0,454
	Yanlış	22 (71,0)	9 (29,0)	
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	Doğru	99 (76,2)	31 (23,8)	0,955
	Yanlış	78 (76,5)	24 (23,5)	
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir	Doğru	160 (76,2)	50 (23,8)	0,910
	Yanlış	17 (77,3)	5 (22,7)	
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Doğru	158 (78,2)	44 (21,8)	0,074
	Yanlış	19 (63,3)	11 (36,7)	
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	Doğru	93 (78,8)	25 (21,2)	0,358
	Yanlış	84 (73,7)	30 (26,3)	
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır	Doğru	142 (79,3)	37 (20,7)	0,046
	Yanlış	35 (66,0)	18 (34,0)	
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Doğru	145 (78,8)	39 (21,2)	0,078
	Yanlış	32 (66,7)	16 (33,3)	
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Doğru	166 (76,5)	51 (23,5)	0,780
	Yanlış	11 (73,3)	4 (26,7)	
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Doğru	157 (77,0)	47 (23,0)	0,519
	Yanlış	20 (71,4)	8 (28,6)	
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	Doğru	101 (78,9)	27 (21,1)	0,299
	Yanlış	76 (73,1)	28 (26,9)	
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Doğru	77 (79,4)	20 (20,6)	0,348
	Yanlış	100 (74,1)	35 (25,9)	
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	Doğru	132 (77,2)	39 (22,8)	0,589
	Yanlış	45 (73,8)	16 (26,2)	
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Doğru	125 (75,8)	40 (24,2)	0,763
	Yanlış	52 (77,6)	15 (22,4)	
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Doğru	129 (77,2)	38 (22,8)	0,585
	Yanlış	48 (73,8)	17 (26,2)	
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	Doğru	142 (77,2)	42 (22,8)	0,537
	Yanlış	35 (72,9)	13 (27,1)	
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir	Doğru	171 (75,7)	55 (24,3)	0,167
	Yanlış	6 (100)	0 (0,0)	
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Doğru	144 (74,6)	49 (25,4)	0,180
	Yanlış	33 (84,6)	6 (15,4)	
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	Doğru	90 (76,3)	28 (23,7)	0,994
	Yanlış	87 (76,3)	27 (23,7)	
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır	Doğru	100 (75,2)	33 (24,8)	0,646
	Yanlış	77 (77,8)	22 (22,2)	
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Doğru	90 (76,3)	28 (23,7)	0,994
	Yanlış	87 (76,3)	27 (23,7)	

64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Doğru	67 (76,1)	21 (23,9)	0,965
	Yanlış	110 (76,4)	34 (23,6)	
65. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır	Doğru	145 (74,7)	49 (25,3)	0,209
	Yanlış	32 (84,2)	6 (15,8)	
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	Doğru	74 (74,7)	25 (25,3)	0,633
	Yanlış	103 (77,4)	30 (22,6)	
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	Doğru	72 (80,9)	17 (19,1)	0,193
	Yanlış	105 (73,4)	38 (26,6)	
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	Doğru	156 (78,4)	43 (21,6)	0,065
	Yanlış	21 (63,6)	12 (36,4)	
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.	Doğru	136 (76,4)	42 (23,6)	0,942
	Yanlış	41 (75,9)	13 (24,1)	
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	Doğru	127 (75,6)	41 (24,4)	0,686
	Yanlış	50 (78,1)	14 (21,9)	
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Doğru	123 (76,9)	37 (23,1)	0,756
	Yanlış	54 (75,0)	18 (25,0)	
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	Doğru	120 (75,9)	38 (24,1)	0,857
	Yanlış	57 (77,0)	17 (23,0)	
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Doğru	127 (77,9)	36 (22,1)	0,372
	Yanlış	50 (72,5)	19 (27,5)	
74. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Doğru	158 (76,0)	50 (24,0)	0,727
	Yanlış	19 (79,2)	5 (20,8)	
75. Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	Doğru	158 (76,3)	49 (23,7)	0,971
	Yanlış	19 (76,0)	6 (24,0)	
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	Doğru	153 (76,5)	47 (23,5)	0,853
	Yanlış	24 (75,0)	8 (25,0)	
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Doğru	86 (74,8)	29 (25,2)	0,592
	Yanlış	91 (77,8)	26 (22,2)	
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Doğru	169 (76,5)	52 (23,5)	0,776
	Yanlış	8 (72,7)	3 (27,3)	

Tablo 4.21. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “Meslek Süresi” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

MESLEK SÜRESİ		İlk 5 yıl	6 yıl ve üstü	p
		n (%)	n (%)	
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	Doğru	161 (71,9)	63 (28,1)	0,564
	Yanlış	5 (62,5)	3 (37,5)	
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	Doğru	129 (72,5)	49 (27,5)	0,573
	Yanlış	37 (68,5)	17 (31,5)	
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Doğru	140 (73,3)	51 (26,7)	0,203
	Yanlış	26 (63,4)	15 (36,6)	
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	100 (74,6)	34 (25,4)	0,225
	Yanlış	66 (67,3)	32 (32,7)	
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	Doğru	68 (73,9)	24 (26,1)	0,518
	Yanlış	98 (70,0)	42 (30,0)	

17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	Doğru	115 (74,7)	39 (25,3)	0,138
	Yanlış	51 (65,4)	27 (34,6)	
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	Doğru	157 (71,4)	63 (28,6)	0,786
	Yanlış	9 (75,0)	3 (25,0)	
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	Doğru	84 (68,3)	39 (31,7)	0,242
	Yanlış	82 (75,2)	27 (24,8)	
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Doğru	139 (70,6)	58 (29,4)	0,426
	Yanlış	27 (77,1)	8 (22,9)	
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Doğru	137 (73,7)	49 (26,3)	0,153
	Yanlış	29 (63,0)	19 (37,0)	
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	Doğru	126 (70,8)	52 (29,2)	0,639
	Yanlış	40 (74,1)	14 (25,9)	
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Doğru	144 (71,3)	58 (28,7)	0,817
	Yanlış	22 (73,3)	8 (26,7)	
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	154 (71,0)	63 (29,0)	0,453
	Yanlış	12 (80,0)	3 (20,0)	
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Doğru	133 (73,9)	47 (26,1)	0,142
	Yanlış	33 (63,5)	19 (36,5)	
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	155 (71,1)	63 (28,9)	0,548
	Yanlış	11 (78,6)	3 (21,4)	
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Doğru	151 (71,9)	59 (28,1)	0,713
	Yanlış	15 (68,2)	7 (31,8)	
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	Doğru	139 (70,9)	57 (29,1)	0,618
	Yanlış	27 (75,0)	9 (25,0)	
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Doğru	165 (72,1)	64 (27,9)	0,140
	Yanlış	1 (33,3)	2 (66,7)	
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Doğru	158 (72,5)	60 (27,5)	0,218
	Yanlış	8 (57,1)	6 (42,9)	
31. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Doğru	158 (72,1)	61 (27,9)	0,410
	Yanlış	8 (61,5)	5 (38,5)	
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	Doğru	108 (73,5)	39 (26,5)	0,395
	Yanlış	58 (68,2)	27 (31,8)	
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Doğru	158 (72,8)	59 (27,2)	0,106
	Yanlış	8 (53,3)	7 (46,7)	
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Doğru	160 (73,4)	58 (26,6)	0,014
	Yanlış	6 (42,9)	8 (57,1)	
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	Doğru	125 (71,4)	50 (28,6)	0,942
	Yanlış	41 (71,9)	16 (28,1)	
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	Doğru	125 (68,7)	57 (31,3)	0,064
	Yanlış	41 (82,0)	9 (18,0)	
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	Doğru	157 (71,7)	62 (28,3)	0,849
	Yanlış	9 (69,2)	4 (30,8)	
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Doğru	117 (72,2)	45 (27,8)	0,731
	Yanlış	49 (70,0)	21 (30,0)	
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıgıları yüksektir.	Doğru	156 (72,2)	60 (27,8)	0,406
	Yanlış	10 (62,5)	6 (37,5)	
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar	Doğru	80 (74,8)	27 (25,2)	

gösterebilirler.	Yanlış	86 (68,8)	39 (31,2)	0,315
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Doğru	163 (72,1)	63 (27,9)	0,236
	Yanlış	3 (50,0)	3 (50,0)	
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma,kaçınma gösterebilirler.	Doğru	160 (71,4)	64 (28,6)	0,826
	Yanlış	6 (75,0)	2 (75,0)	
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Doğru	10 (66,7)	5 (33,3)	0,665
	Yanlış	156 (71,9)	61 (28,1)	
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	Doğru	150 (74,6)	51 (25,4)	0,008
	Yanlış	16 (51,6)	15 (48,4)	
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	Doğru	93 (71,5)	37 (28,5)	0,996
	Yanlış	73 (71,6)	29 (28,4)	
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir	Doğru	153 (72,9)	57 (27,1)	0,173
	Yanlış	13 (59,1)	9 (40,9)	
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Doğru	146 (72,3)	56 (27,7)	0,525
	Yanlış	20 (66,7)	10 (33,3)	
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	Doğru	87 (73,7)	31 (26,3)	0,455
	Yanlış	79 (69,3)	35 (30,7)	
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır	Doğru	128 (71,5)	51 (28,5)	0,979
	Yanlış	38 (71,7)	15 (28,3)	
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Doğru	135 (73,4)	49 (26,6)	0,230
	Yanlış	31 (64,6)	17 (35,4)	
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Doğru	155 (71,4)	62 (28,6)	0,874
	Yanlış	11 (73,3)	4 (26,7)	
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Doğru	147 (72,1)	57 (27,9)	0,644
	Yanlış	19 (67,9)	9 (32,1)	
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	Doğru	94 (73,4)	34 (26,6)	0,480
	Yanlış	72 (69,2)	32 (30,8)	
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Doğru	69 (71,1)	28 (28,9)	0,905
	Yanlış	97 (71,9)	38 (28,1)	
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	Doğru	123 (71,9)	48 (28,1)	0,831
	Yanlış	43 (70,5)	18 (29,5)	
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Doğru	117 (70,9)	48 (29,1)	0,734
	Yanlış	49 (73,1)	18 (26,9)	
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmali için önemi yoktur.	Doğru	121 (72,5)	46 (27,5)	0,625
	Yanlış	45 (69,2)	20 (30,8)	
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	Doğru	133 (72,3)	51 (27,7)	0,629
	Yanlış	33 (68,8)	15 (31,2)	
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir	Doğru	161 (71,2)	65 (28,8)	0,517
	Yanlış	5 (83,3)	1 (16,7)	
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Doğru	137 (71,0)	56 (29,0)	0,670
	Yanlış	29 (74,4)	10 (25,6)	
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	Doğru	91 (77,1)	27 (22,9)	0,056
	Yanlış	75 (65,8)	39 (34,2)	
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır	Doğru	100 (75,2)	33 (24,8)	0,155
	Yanlış	66 (66,7)	33 (33,3)	
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmali için önemi yoktur.	Doğru	92 (78,0)	26 (22,0)	

	Yanlış	74 (64,9)	40 (35,1)	0,028
64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Doğru	60 (68,2)	28 (31,8)	0,374
	Yanlış	106 (73,6)	38 (26,4)	
65. Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır	Doğru	143 (73,7)	51 (26,3)	0,099
	Yanlış	23 (60,5)	15 (39,5)	
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	Doğru	76 (76,8)	23 (23,2)	0,129
	Yanlış	90 (67,7)	43 (32,3)	
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	Doğru	71 (79,8)	18 (20,2)	0,029
	Yanlış	95 (66,4)	48 (33,6)	
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	Doğru	145 (72,9)	54 (27,1)	0,277
	Yanlış	21 (63,6)	12 (36,4)	
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmali önemli bir etkidir.	Doğru	132 (74,2)	46 (25,8)	0,110
	Yanlış	34 (63,0)	20 (37,0)	
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	Doğru	123 (73,2)	45 (26,8)	0,363
	Yanlış	43 (67,2)	21 (32,8)	
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Doğru	120 (75,0)	40 (25,0)	0,083
	Yanlış	46 (63,9)	26 (36,1)	
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali önemli bir faktör değildir.	Doğru	120 (75,9)	38 (24,1)	0,030
	Yanlış	46 (62,2)	28 (37,8)	
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Doğru	117 (71,8)	46 (28,2)	0,906
	Yanlış	49 (71,0)	20 (29,0)	
74. Çocuk istismar ve ihmali üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Doğru	154 (74,0)	54 (26,0)	0,013
	Yanlış	12 (50,0)	12 (50,0)	
75. Anne - baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	Doğru	152 (73,4)	55 (26,6)	0,068
	Yanlış	14 (56,0)	11 (44,0)	
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	Doğru	145 (72,5)	55 (27,5)	0,424
	Yanlış	21 (65,6)	11 (34,4)	
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Doğru	80 (69,6)	35 (30,4)	0,506
	Yanlış	86 (73,5)	31 (26,5)	
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Doğru	158 (71,5)	63 (28,5)	0,929
	Yanlış	8 (72,7)	3 (27,3)	

Tablo 4.22. Çalışmada Kullanılan Anketin 12-78. Sorularında Katılımcıların Verdiği Doğru Cevapların “ÇİVİ Eğitimi Alma Durumu” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

TIP FAKÜLTESİNDE VEYA MEZUNİYET SONRASINDA ÇİVİ EĞİTİMİ ALMA DURUMU		Eğitim almamış	Eğitim almış	P
		n (%)	n (%)	
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	Doğru	111 (49,6)	113 (50,4)	0,980
	Yanlış	4 (50,0)	4 (50,0)	
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	Doğru	85 (47,8)	93 (52,2)	0,315
	Yanlış	30 (55,6)	24 (44,4)	
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	Doğru	92 (48,2)	99 (51,8)	0,357
	Yanlış	23 (56,1)	18 (43,9)	
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	64 (47,8)	70 (52,2)	0,520
	Yanlış	51 (52,0)	47 (48,0)	

16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	Doğru	41 (44,6)	51 (55,4)	0,217
	Yanlış	74 (52,9)	66 (47,1)	
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	Doğru	74 (48,1)	80 (51,9)	0,516
	Yanlış	41 (52,6)	37 (47,4)	
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	Doğru	109 (49,5)	111 (50,5)	0,976
	Yanlış	6 (50,0)	6 (50,0)	
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	Doğru	56 (45,5)	67 (54,5)	0,191
	Yanlış	59 (54,1)	50 (45,9)	
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	Doğru	94 (47,7)	103 (52,3)	0,180
	Yanlış	21 (60,0)	14 (40,0)	
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	Doğru	85 (45,7)	101 (54,3)	0,018
	Yanlış	30 (65,2)	16 (34,8)	
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematolar sıklıkla görülür.	Doğru	82 (46,1)	96 (53,9)	0,053
	Yanlış	33 (61,1)	21 (38,9)	
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	Doğru	94 (46,5)	108 (53,5)	0,016
	Yanlış	21 (70,0)	9 (30,0)	
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	105 (48,4)	112 (51,6)	0,171
	Yanlış	10 (66,7)	5 (33,3)	
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	Doğru	84 (46,7)	96 (53,3)	0,100
	Yanlış	31 (59,6)	21 (40,4)	
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	Doğru	105 (48,2)	113 (51,8)	0,091
	Yanlış	10 (71,4)	4 (28,6)	
27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	Doğru	103 (49,0)	107 (51,0)	0,624
	Yanlış	12 (54,5)	10 (45,5)	
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir	Doğru	100 (51,0)	96 (49,0)	0,302
	Yanlış	15 (41,7)	21 (58,3)	
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	Doğru	113 (49,3)	116 (50,7)	0,551
	Yanlış	2 (66,7)	1 (33,3)	
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	Doğru	107 (49,1)	111 (50,9)	0,559
	Yanlış	8 (57,1)	6 (42,9)	
31. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	Doğru	105 (47,9)	114 (52,1)	0,042
	Yanlış	10 (76,9)	3 (23,1)	
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	61 (41,5)	86 (58,5)	0,001
	Yanlış	54 (63,5)	31 (36,5)	
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	Doğru	105 (48,4)	112 (51,6)	0,171
	Yanlış	10 (66,7)	5 (33,3)	
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	Doğru	109 (50,0)	109 (50,0)	0,604
	Yanlış	6 (42,9)	8 (57,1)	
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir	Doğru	86 (49,1)	89 (50,9)	0,820
	Yanlış	29 (50,9)	28 (49,1)	
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	Doğru	84 (46,2)	98 (53,8)	0,047
	Yanlış	31 (62,0)	19 (38,0)	
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	Doğru	107 (48,9)	112 (51,1)	0,374
	Yanlış	8 (61,5)	5 (38,5)	
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	Doğru	76 (46,9)	86 (53,1)	0,218
	Yanlış	39 (55,7)	31 (44,3)	
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları	Doğru	109 (50,5)	107 (49,5)	0,317

yüksektir.	Yanlış	6 (37,5)	10 (62,5)	
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	Doğru	46 (43,0)	61 (57,0)	0,064
	Yanlış	69 (55,2)	56 (44,8)	
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	Doğru	111 (49,1)	115 (50,9)	0,396
	Yanlış	4 (66,7)	2 (33,3)	
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma,kaçınma gösterebilirler.	Doğru	111 (49,6)	113 (50,4)	0,980
	Yanlış	4 (50,0)	4 (50,0)	
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	Doğru	8 (53,3)	7 (46,7)	0,763
	Yanlış	107 (49,3)	110 (50,7)	
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	Doğru	95 (47,3)	106 (52,7)	0,074
	Yanlış	20 (64,5)	1 (35,5)	
45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	Doğru	58 (44,6)	72 (55,4)	0,088
	Yanlış	57 (55,9)	45 (44,1)	
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir	Doğru	100 (47,6)	110 (52,4)	0,066
	Yanlış	15 (68,2)	7 (31,8)	
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	Doğru	99 (49,0)	103 (51,0)	0,659
	Yanlış	16 (53,3)	14 (46,7)	
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	Doğru	52 (44,1)	66 (55,9)	0,088
	Yanlış	63 (55,3)	51 (44,7)	
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır	Doğru	81 (45,3)	98 (54,7)	0,016
	Yanlış	34 (64,2)	19 (35,2)	
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	Doğru	88 (47,8)	96 (52,2)	0,299
	Yanlış	27 (56,3)	21 (43,8)	
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	Doğru	103 (47,5)	114 (52,5)	0,015
	Yanlış	12 (80,0)	3 (20,0)	
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	Doğru	97 (47,5)	107 (52,5)	0,097
	Yanlış	18 (64,3)	10 (35,7)	
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	Doğru	55 (43,0)	73 (57,0)	0,026
	Yanlış	60 (57,7)	44 (42,3)	
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	Doğru	36 (37,1)	61 (62,9)	0,001
	Yanlış	79 (58,5)	56 (41,5)	
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	Doğru	81 (47,4)	90 (52,6)	0,262
	Yanlış	34 (55,7)	27 (44,3)	
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	Doğru	77 (46,7)	88 (53,3)	0,165
	Yanlış	38 (56,7)	29 (43,3)	
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	Doğru	74 (44,3)	93 (55,7)	0,010
	Yanlış	41 (63,1)	24 (36,9)	
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşamaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	Doğru	89 (48,4)	95 (51,6)	0,474
	Yanlış	26 (54,2)	22 (45,8)	
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir	Doğru	112 (49,6)	114 (50,4)	0,983
	Yanlış	3 (50,0)	3 (50,0)	
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	Doğru	92 (47,7)	101 (52,3)	0,198
	Yanlış	23 (59,0)	16 (41,0)	
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	Doğru	55 (46,6)	63 (53,4)	0,359
	Yanlış	60 (52,6)	54 (47,4)	
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar	Doğru	59 (44,4)	74 (55,6)	0,066

edilme olasılıkları daha fazladır	Yanlış	56 (56,6)	43 (43,4)	
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	Doğru	57 (48,3)	61 (51,7)	0,695
	Yanlış	58 (50,9)	56 (49,1)	
64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	Doğru	39 (44,3)	49 (55,7)	0,211
	Yanlış	76 (52,8)	68 (47,2)	
65. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır	Doğru	91 (46,9)	103 (53,1)	0,067
	Yanlış	24 (63,2)	14 (36,8)	
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	Doğru	42 (42,4)	57 (57,6)	0,060
	Yanlış	73 (54,9)	60 (45,1)	
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	Doğru	36 (40,4)	53 (59,6)	0,028
	Yanlış	79 (55,2)	64 (44,8)	
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	Doğru	95 (47,7)	104 (52,3)	0,171
	Yanlış	20 (60,6)	13 (39,4)	
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmali için önemli bir etkidir.	Doğru	85 (47,8)	93 (52,2)	0,315
	Yanlış	30 (55,6)	24 (44,4)	
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	Doğru	78 (46,4)	90 (53,6)	0,121
	Yanlış	37 (57,8)	27 (42,2)	
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	Doğru	71 (44,4)	89 (55,6)	0,018
	Yanlış	44 (61,1)	28 (38,9)	
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali için önemli bir faktördür.	Doğru	69 (43,7)	89 (56,3)	0,009
	Yanlış	46 (62,2)	28 (37,8)	
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	Doğru	68 (41,7)	95 (58,3)	<0,0001
	Yanlış	47 (68,1)	22 (31,9)	
74. Çocuk istismar ve ihmali için üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	Doğru	97 (46,6)	111 (53,4)	0,008
	Yanlış	18 (75,0)	6 (25,0)	
75. Anne - baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali için yol açar.	Doğru	95 (45,9)	112 (54,1)	0,001
	Yanlış	20 (80,0)	5 (20,0)	
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali için önemli bir etkidir.	Doğru	95 (47,5)	105 (52,5)	0,115
	Yanlış	20 (62,5)	12 (37,5)	
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	Doğru	52 (45,2)	63 (54,8)	0,189
	Yanlış	63 (53,8)	54 (46,2)	
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	Doğru	107 (48,4)	114 (51,6)	0,115
	Yanlış	8 (72,7)	3 (27,3)	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlere ulaşılması hedeflenmiştir. Çocuk istismar ve ihmalinin tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolü olan hekimlerin ÇİVİ ile ilgili bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerini değerlendirerek eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla uygulanmıştır.

Çalışmamıza toplam 232 asistan hekim katılmıştır, bunların 120'si (%51,7) kadın, 112'si (%48,3) erkektir. Katılımcıların yaşları 24 ile 40 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $29,2 \pm 2,5$ yıldır. 30 yaşından küçük 177 (%76,3) 30 yaş ve üzeri 55 (%23,7) katılımcı vardır. Akçay (96) tarafından 2008 yılında İstanbul Üniversitesi'nde çalışan 76 asistana ÇİVİ konusunda bilgi, deneyim ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada yaş ortalaması 29 yıl olarak bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında çalışmamıza katılan asistanların yaş ortalaması, daha önce yapılan benzer çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamıza katılan asistanların 112'si (%48,3) evli, 120'si (%51,7) bekadır. Kara (97) tarafından 2010 yılında Ankara'da pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimler üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada, katılımcıların %60,9'unun evli olduğu belirtilmiştir. Medeni durum açısından çalışmamıza katılan asistanların oranları yapılan benzer çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamıza katılan 55 (%23,7) asistan çocuk sahibi iken, 177 (%76,3) asistanın çocuğu yoktur. Demir (41) tarafından Edirne'de 2012 yılında yapılan aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi ile ilgili çalışmada katılımcıların %72,6'sının çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir. Yapılan benzer çalışmalar ile bizim çalışmamızdaki çocuk sahibi olma oranlarının yaklaşık olarak tam tersi çıkması, bizim çalışmamızdaki katılımcıların henüz asistanlık eğitimde ve yaş ortalamalarının daha düşük olması ile açıklanabilir. Çalışmamızda katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre gündelik yaşamları sırasında ve görev başındayken çocuk hastalarda ÇİVİ'yi göz önünde bulundurma durumları, ÇİVİ'den şüphelenme durumları ve ÇİVİ hakkında eğitim almayı isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken bazı çalışmalarda çocuk sahibi hekimlerin ÇİVİ konusunda duyarlı oldukları, daha yüksek oranda bildirimde buldukları bildirilmektedir (98).

Çalışmamıza katılan asistanların 166 tanesi (%71,5) mesleğin ilk 5 yılındayken, 66 tanesi (28,5) meslekten 6 yıl ve daha fazla süredir deneyim sahibidir.

Çalışmamıza katılan asistanların 117 tanesi (%50,4) tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim almış, 115 tanesi (%49,6) tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında eğitim almamıştır. Yapılan benzer çalışmalarda Kara (97) pratisyen hekimlerin %24,6'sının, Demir (41) tarafından 2012 yılında Edirne'de yapılan çalışmada katılımcıların tıp fakültesinde ÇİVİ konusunda eğitim alma oranı %54, benzer şekilde mezuniyet sonrası ÇİVİ konusunda eğitim alma oranı %58,9, olarak belirtilmiştir.

Çocuk istismarı çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan sosyal ve tıbbi bir sorundur. Genellikle gizlenme eğilimi olduğundan, çocuk istismarının tanısının konmasında ve ölümcül sonuçların önlenmesinde hekimin farkındalığı, bilgi birikimi ve motivasyonu çok önemlidir (99) ÇİVİ'nin tanısında hekimler çok önemli bir role sahiptir.

Daha önceki araştırmalar, hekimlerin ÇİVİ'yi bildirme konusunda birçok değişik faktörden etkilendiğini göstermiştir. Bu faktörler arasında ÇİVİ konusu hakkında bilgi ve farkındalık eksiklikleri ön planda yer almaktadır. Hekimlerin bilgi, tutum ve davranışları, konuya yaklaşımdaki en belirleyici faktör olmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların ÇİVİ konusunda deneyimleri, farkındalıkları, davranışları ve bilgi düzeyleri sorgulanmış ve yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek süresi, tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alma durumları, gündelik yaşamlarında veya görev başındayken ÇİVİ ile karşılaşma durumları, ÇİVİ hakkında eğitim almayı isteme durumları ve ÇİVİ ile karşılaşılması halinde uygulanacak standart prosedürleri bilip bilmediklerine göre karşılaştırmalar yapılmıştır.

Çalışmamızda katılımcılardan 146'sı (%62,9) gündelik hayatlarında veya görev başındayken herhangi bir nedenle kendilerine başvuran çocukta istismar durumundan şüphe duyduğunu, 174'ünün (%75) ihmal durumundan şüphe duyduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan asistanların 141'i (%60,8) hem çocuk ihmali hem de çocuk istismarından şüphelendikleri olgular olduğunu belirtmişlerdir. Yüzyirmibeş katılımcı (%53,9) ise çalıştıkları kurumda olası çocuk istismarı durumuyla karşılaştıklarında uygulanması gereken standart prosedürü bilmediğini belirtmiştir. Akçay'ın çalışmasında da (96) katılımcıların büyük bir bölümü ÇİVİ'yi ayırıcı tanıda akılda bulundurmasına karşın hekimlerin önemli bir kısmının hiç tanı koymadığı saptanmış, bu durum daha çok ÇİVİ bulgu ve belirtilerini tanıyamamakla açıklanmıştır.

Yaptıkları çalışmalarda Kocaer (100) hekimlerin %52,6'sının, Kara(97), pediatri asistanlarının % 70,5'inin, pediatri uzmanların %82'sinin ve pratisyen hekimlerin çalışma hayatları boyunca %54,8'inin, Demir (41) aile hekimlerinin son bir yılda %21,1'nin ÇİVİ vakasıyla karşılaştığını belirtmişlerdir. Yine Canbaz ve ark. (101) tarafından 2005 yılında Samsun'da 81 pratisyen hekim ile yapılan çalışmada katılımcıların %14,3'ünün son bir yıl içinde istismar olgusuyla karşılaştığı belirtilmiştir. Garrusi ve ark. (102)'nin 2007 yılında İran'da ÇİVİ konusunda tutumlarının belirlenmesi amacıyla 197 hekimde yaptıkları çalışmada katılımcıların %65'inin daha önce istismar olgusu ile karşılaştıkları saptanmıştır. Yine Lazenbatt ve Freeman (103)'in 2002 ile 2003 yılları arasında İrlanda'da yaptıkları, hemşire, doktor ve diş hekim gibi 419 sağlık çalışanını kapsayan fiziksel istismarı tanınmaları çalışmasında, araştırmaya katılanların %60'ının meslek hayatlarında şüpheli çocuk fiziksel istismarı olgusu ile karşılaştığı saptanmıştır. Al-Moosa ve ark. (104) 2003 yılında Kuveyt'te 117 pediatri hekimi ile yaptıkları çalışmada hekimlerin %14'ünün mesleki yaşamları boyunca istismar olgusundan hiç şüphelenmediklerini saptamışlardır.

Çalışmamızda, tıp fakültesi eğitimleri esnasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan ve almayan katılımcıların, herhangi bir nedenle kendilerine başvuran çocuklarda istismar durumunu göz önünde bulundurma davranışları karşılaştırılmış, tıp fakültesinde istismar konusunda eğitim alan asistanların eğitim almayan asistanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak istismar konusunu daha fazla göz önünde bulundurduğu belirlenmiştir (p=0,020). Yine benzer şekilde, tıp fakültesinde çocuk istismarı konusunda eğitim alan katılımcıların son bir yılda istismar vakasıyla karşılaşma durumu eğitim almayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,032). Bu sonuçlara göre, çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan hekimlerin bu konuyla daha ilgili ve farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan ve almayan katılımcıların, gündelik yaşamlarında ve görev başındayken çocuk istismarı vakasıyla karşılaşma durumları karşılaştırılmış, tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında istismar konusunda eğitim alan asistanların eğitim almayan asistanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak istismar konusunu daha fazla göz önünde bulundurduğu belirlenmiştir ($p=0,002$). Yine benzer şekilde, tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan katılımcıların gündelik yaşamlarında ve görev başındayken çocuk ihmali vakasıyla karşılaşma durumu eğitim almayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,0001$). Bu sonuçlara göre, çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan hekimlerin bu konuyla daha ilgili ve farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Flaherty ve ark. 'nın (105) hekimlerin çocuk istismarı ile ilgili bilgi ve deneyimlerini saptamaya yönelik yapmış oldukları çalışmada, Amerikan Pediatri Akademisi üyesi, 851 hekimin %46'sının bir yıl içinde fiziksel istismar nedeni yaralanma ile karşılaştıkları saptandı. Hekimlerin %91'i meslek hayatında en az bir kez bildirim yaptıkları belirtildi. Meslek hayatlarında hiç tanı koymayanların bu konuda daha az eğitim aldıkları belirlendi. Biraz da olsa eğitim verilen hekimlerin hasta ile başa çıkma konusunda daha başarılı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcılara, çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 67 soru sorulmuştur, doğru bildikleri her bir soru için 1 puan verilerek puanlama yapılmıştır. Katılımcıların bu 67 soruda aldıkları ortalama puan $51,24\pm 9,36$ 'dır. 30 yaş altı grubunun aldığı ortalama puan ($51,98\pm 9,15$), 30 ve üzeri yaş grubunun aldığı puana ($48,87\pm 9,74$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,031$). Benzer şekilde Demir (41)'in çalışmasında düşük yaş ortalamasına sahip hekimlerin öğrenimleri sırasında ÇİVİ konusunda daha fazla eğitim alması ve öğrenimleri sırasında ÇİVİ eğitimi alan katılımcıların ortalama puanlarının daha yüksek olması ile ilişkili olacak şekilde katılımcıların yaş ile ortalama puanları karşılaştırıldığında ortalama puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak negatif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların yüksek yaş ortalamasının mesleki deneyim açısından bir avantaj olmakla birlikte, özellikle son yıllarda tıp fakültesi müfredatına konulmaya başlanan "çocuk istismarı ve ihmali" derslerini görmemiş olmaları açısından bir dezavantaj olması çalışmamızdaki bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ölçen sorularda aldığı ortalama puanlara bakıldığında, kadın katılımcıların ortalama puanı ($52,68\pm 7,90$), erkek katılımcıların ortalama puanına ($48,87\pm 9,74$) oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,015$). Benzer şekilde Kara (97), 2010 yılında Ankara Üniversitesi'nde hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla 550 hekimde yaptığı çalışmada hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerini cinsiyete göre değerlendirmiş olup kadınların bilgi puan ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yine benzer bir sonuç olarak, Marshall ve Locke (106) tarafından 1997 yılında ABD'de pediatri, aile hekimi ve acil tıp uzmanından oluşan 393 hekime çocuk istismarı konusunda anket çalışması yapılmış, yetişkin kadın katılımcıların erkeklere göre istismar konusunda daha hassas oldukları saptanmıştır. Al-Moosa ve arkadaşlarının (104) Kuveyt'te 117 pediatri hekimi ile yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çocuk istismarı olgularını daha fazla tanıdığı saptanmıştır. Yine Segal ve Iwai (107)'nin Japon popülasyonunda yaptıkları çalışmalarda, çocuk istismarı ile ilgili perspektif açısından

sosyal hizmet uzmanı, avukatlar ve hekimler arasındaki farklılığın mesleklerden ziyade yaş ve cinsiyet gibi faktörlerden etkilendiğini saptamıştır. Kadın hekimlerin çocuk istismarı konusunda bilgi düzeylerinin farkındalıklarının daha yüksek olması, genellikle kadınların çocuklarla daha fazla zaman geçirmesi, bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri dolayısı ile onları daha iyi anlamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ölçen sorularda aldığı ortalama puanlara bakıldığında, mezuniyet öncesi veya sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim aldığını ifade eden asistan hekim grubunun ortalama puanı (53,60±8,28), mezuniyet öncesi veya sonrasında eğitim almadığını ifade eden asistan hekim grubunun ortalama puanına (48,84±9,81) oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,0001). Yapılan başka çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer bulgular saptanmıştır. Kara (97)'nin çalışmasında hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi düzeyleri mezuniyet öncesi eğitim alma durumlarına göre değerlendirilmiş, mezuniyet öncesi eğitim alanların genel olarak bilgi puanı ortalamalarının mezuniyet öncesi eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulguları destekleyen diğer bir çalışmada, Flaherty ve ark. (105)'nin 2003 yılında e-mail yoluyla yaptıkları anket çalışmasında, Amerika Pediatri Akademisi üyesi, 851 hekimin yaklaşık yarısının (%46) bir yıl içinde fiziksel istismar nedeniyle yaralanma ile karşılaştıkları belirlenmiş, meslek hayatlarında hiç tanı koymayanların daha az eğitim aldıkları saptanmıştır. Buna göre, tıp fakültesinde veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı konusunda eğitim alan asistan hekimlerin bu konuda daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu ve farkındalıklarının daha fazla olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ölçen sorularda aldıkları ortalama puanlara göre karşılaştırma yapıldığında, çocuk sahibi olan hekimlerin aldığı ortalama puan (51,20±9,26) ile çocuk sahibi olmayan hekimlerin aldığı ortalama puan (51,25±9,42) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,967). Kara (97)'nin çalışmasında hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirilmiş, çocuk sahibi olan hekimlerin bilgi düzeyi ile çocuk sahibi olmayan hekimlerin bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk sahibi olan hekimlerin, çocukların eğitimi, disiplini gibi konularda sergiledikleri istismar ve ihmali olarak değerlendirilebilecek bazı davranışları normal görmeleri bu durumu açıklayabilir. Çalışmamızda çocuk sahibi olmanın ÇİVİ konusundaki bilgi düzeyini etkilemediği görülmekle birlikte aslında çocuk sahibi olmanın, çocuk konusundaki duyarlılığı arttırdığı bilinmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ölçen sorularda aldıkları ortalama puanlara göre karşılaştırma yapıldığında, meslek süresi beş yılın altında olan asistan grubunun aldığı ortalama puan (51,95±9,10) ile meslek süresi altı yıl ve daha fazla olan asistan grubunun aldığı ortalama puan (49,46±9,84) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,069). Benzer olarak, Garrusi ve ark. 'nın (102) İran'da 2007 yılında yaptığı çalışmada mezuniyet sonrası hekim olarak geçirilen sürenin bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür.

Çocuk istismarı ve ihmali hakkında yapılan çalışmalara bakıldığında hekimlerin bu konuda yetersiz bilgiye, yanlış tutum ve davranışlara sahip oldukları görülmüştür. Canbaz ve ark. (101) Samsun ilinde yaptıkları çalışmada "istismar olgularının olası atlanma nedenleri" sorulmuş; pratisyen hekimlerin %15,7'si "Doktorların ana-babanın çocuğa zarar

verebileceğini düşünmeleri”, %18,6’sı “Doktorların aile içi sorunlara karışmak istememeleri”, %28,6’sı “Doktorların konu ile ilgili eğitimlerinin eksik olması” ve %37,1’i “İstismar olguları ile sık karşılaşılması” nedeniyle olguların atlandığını ifade etmişlerdir. Kara (97)’nin çalışmasında da daha önce olgu ile karşılaşan hekimlerde ÇİVİ konusunda yetersiz kaldıkları veya zorlandıkları durumlar değerlendirilmiş; hekimlerin bildirim yapmama nedenlerinin başında %78,3 ile ÇİVİ hakkında yeterli bilginin olmayışı gelmiştir. Yasal olarak bildirim zorunlu olmasına rağmen hekimlerin özellikle şüpheli olguları bildirmedikleri gözlenmektedir. Yine bu görüşleri destekler nitelikte Jenny ve ark. (108) tarafından ABD’de yapılan 1990 ile 1995 yılları arasında kafa travması nedeniyle hastaneye başvuran 173 çocuk olgunun incelendiği retrospektif çalışmada kafa travması bulguları nedeni ile hekimlerin gördükleri istismar olgularının %33’ünü raporlamadığı saptanmıştır. Yine, hekimlerin ÇİVİ’yi bildirmeme konusunda ortak açıklamalarının başında; hasta yakınlarının saldırılarından çekinme, gözlemlerini tanımlama güçlüğü, yeterince zaman olmayışı, eğitimlerini yetersiz hissetmeleri, raporlarının çocukların ve ailelerinin durumunda bir değişikliğe yol açmayacağı fikri gelmektedir.

Bizim çalışmamızla birlikte konuda yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde hekimlerin ÇİVİ konusunda yetersiz bilgi ve farkındalığa, yanlış tutum ve davranışlara sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca ÇİVİ gibi toplumda büyük bir sorun olan, çocuğun sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girdiği, gelecek nesilleri de zincirleme olarak etkileyecek bir konuda, sosyal hizmetlerin konuya ilgisiz kalacağı, çocuğun bildirimden sonra hayatının olumsuz etkileneceği gibi endişe ve kaygı duyulmasının yersiz olacağını belirtmek gerekmektedir.

Açık ve ark. (109)’nin 2004 yılında 175 birinci basamak hekimi ile yaptığı anket çalışmasında da, Doğu Anadolu Bölgesi’nde çalışan pratisyen hekimlerin eğitim gereksinimleri belirlenmiş ve ÇİVİ’nin tanımlanmasında, bildirimde ve önlenmesi için bilgi-yetenek artırıcı müdahaleler önerilmiştir. Yine Akçay (96)’ın çalışmasında %93,4 hekim olarak bulurlarsa ÇİVİ konusunda eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir. Çalışmada mezuniyet öncesi eğitimde %78,9 hekim, mezuniyet sonrası eğitimde %86,8 hekim, ÇİVİ konusunda yeterli eğitilmediklerini belirtmişlerdir.

Lazenbatt ve Freeman (103) ’ın 2002 ile 2003 yılları arasında İrlanda’da yaptıkları hemşire, doktor ve diş hekimi gibi 419 sağlık çalışanını kapsayan fiziksel istismarı tanımları çalışmasında, katılımcıların %74’ü ÇİVİ vakalarının bildirimini bilmelerine karşın %79’u eğitim gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da imkân verilmesi halinde ÇİVİ konusunda katılımcıların %90,9’unun eğitim almak istediği saptanmıştır. Bu durum; ÇİVİ’nin hekimler tarafından önemsendiğini, aslında eğitim ihtiyacının hekimler tarafından da fark edildiğini göstermektedir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanısı ve önlenmesinde hekimlerin çok önemli fonksiyonları vardır. En önemlisi çocuk istismarı ve ihmalinin oluşmasına neden olabilecek etkenlerin önceden belirlenip en aza indirilmesinin sağlanmasıdır. Bunlara rağmen istismar ve ihmal durumu meydana gelmişse tekrarlanmasının önüne geçilmelidir. Bu nedenle hekimler karşılaştıkları olgularda her zaman ayrıca tanı arasında istismara yer vermelidir. İstismardan şüphelendiği takdirde doğru yaklaşım, bildirim ve çocuğun koruması alınması olmalıdır.

6. SONUÇLAR

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından 2018 tarihinde yapılan bu çalışmamızda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görevli uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Çalışmamızda kadınların ortalama bilgi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı. Kadınların çocuklarla daha fazla zaman geçirmesi, bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri dolayısı ile onları daha iyi anlamaları ile bu durum açıklanabilir.

2. Çalışmamızda 30 yaş altı grubun ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde 30 ve üzeri yaş grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı. Yaş ortalaması düşük hekimlerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olması, ÇİVİ konusunun özellikle son yıllarda tıp fakültesi ders programlarında yer verilmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

3. Tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim aldığını ifade eden katılımcıların ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim almadığını ifade eden katılımcıların ortalama puanlarına göre daha yüksek saptanması bu konuda eğitim verilmesini desteklemektedir.

4. Çalışmamızda; tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alan katılımcıların gündelik yaşamlarında veya görev başındayken çocuk istismarı vakasıyla karşılaşma durumu eğitim almayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir. Yine benzer şekilde tıp fakültesi eğitimleri esnasında veya mezuniyet sonrasında ÇİVİ konusunda eğitim alan katılımcıların gündelik yaşamlarında veya görev başındayken çocuk ihmali vakasıyla karşılaşma durumu eğitim almayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir. Bu sonuçlar çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim programlarının belli standartlara getirilerek yaygınlaşması gerektiğini bir kez daha göstermektedir.

5. Çalışmamızda imkân verilmesi halinde ÇİVİ konusunda katılımcıların %90,9'unun eğitim almak istediği saptanmıştır. Bu durum bazı yanlış tutumlarına rağmen ÇİVİ'nin hekimler tarafından önemsendiğini, aslında eğitim ihtiyacının hekimler tarafından da fark edildiğini göstermektedir.

7. ÖZET

Çocuk istismarı ve ihmali hâlâ Türkiye’de ve dünyada önemli bir sorun olarak yer almaktadır. Araştırmamız, çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) olgularında önemli rol oynayan hekimlerin konuya ilişkin bilgi, yaklaşım ve deneyimlerini belirlemek amacı ile yapıldı.

Bu tanımlayıcı tipteki araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde uzmanlık eğitimi alan toplam 232 hekim katıldı. Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen hekimlerin tanıtıcı özelliklerinin de yer aldığı 78 soruluk bir anket kullanıldı. Veriler SPSS for Windows 23,0 paket programı kullanılarak nonparametrik testler uygulanarak değerlendirildi.

Çalışmaya toplam 232 asistan hekim katılmıştır. 120 katılımcı kadın (%51,7), 112 katılımcı erkekti (%48,3). 177 katılımcı 30 yaşın altında (%76,3), 55 katılımcı 30 ve üzeri yaştaydı (%23,7). Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi düzeyi kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi düzeyi “30 yaş altı” grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulundu. Katılımcıların %50,4’ü öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almış olup çocuk istismarı ve ihmali tanılamadaki bilgi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, bu konuda eğitim almamış katılımcılara göre daha yüksek saptanmıştır. Yüzyirmibeş katılımcı (%53,9) çalıştıkları kurumda olası çocuk istismarı vakasında bildirim yapmak için standart bir prosedür olup olmadığını bilmemektedir. Katılımcıların %90,9’u imkân verilmesi halinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak istediklerini belirtmiştir.

Sonuç olarak; çalışmamızdaki bulguların ışığı altında hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda yetersiz bilgi ve farkındalığa, yanlış tutum ve davranışlara sahip oldukları görülmektedir. Eğitimin çocuk istismarı ve ihmali konusunda hekimlerin bilgi düzeyini belirgin olarak artırdığı görülmektedir. Hekimlere öğrenimleri sırasında olduğu gibi mezuniyet sonrasında da verilecek eğitim ile bu konudaki bilgi ve duyarlılık düzeyleri artırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hekim, çocuk istismarı ve ihmali, bilgi, farkındalık, tutum.

8. ABSTRACT

Child abuse and neglect still continues to be a problem in Turkey and all over the world. The aim of this study was to determine the knowledge, experience and approach of the physicians who have an important role on cases with child abuse and neglect admitted at the hospital.

A total of 232 physicians attending specialist training participated in this descriptive study in the Kocaeli University Faculty of Medicine. Data was collected by a questionnaire of 78 items prepared by the researcher including demographic data. The data were analysed with SPSS for Windows 23,0 program using nonparametric tests.

A total of 232 assistant physician participated in the study. 120 participants (51.7%) were female and 112 participants (48,3%) were male. 177 participants (76.3%) were under the age of 30 and 55 participants (23.7%) were over 30 years old. Awareness about child abuse and neglect were significantly higher in female assistant physicians. The level of knowledge about child abuse and neglect is higher in the "under the age of 30 " statistically significant. 50.4% of the participants were educated in child abuse and neglect during their education, and the level of knowledge in diagnosing child abuse and neglect was found to be statistically higher than the participants who were not educated in this field. 125 participants (53.9%) do not know about is there any a standard procedure for reporting in the case of possible child abuse at the institution. If an opportunity was provided 90,9% of the participants were willing to get education on child abuse and neglect.

As a result according to the data we obtained it seems that the physicians have insufficient knowledge and false attitudes on the subject of child abuse and neglect. Education is important for improving knowledge and attitudes. Therefore training on child abuse and neglect is necessary not only during medical education and should be a part of continuous medical education as well.

Key words: Physician, child abuse and neglect, knowledge, awareness, attitude.

9. EKLER

1.Ek: Etik Kurul Onayı (21.02.2018)



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstisarı ve İhmalı Hakkında Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi ile Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/72			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Uzmanlık Tezi			
Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>	

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/3.10	Proje No: 2018/72	Tarih: 21/07/2018
	Doç. Dr. Tuncay Müge ALVUR sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
<input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*			

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	—

* Gerekçe ve öneriler:

Uygun.
26.07.2018 SK

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	2/2

2. Ek: Tanıtıcı Bilgi Formu

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE EĞİTİM İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı, bu çalışmanın amacı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarını belirlemektir. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak istediğinizi beyan edebilirsiniz. Çalışmaya katılmanız durumunda ekte yer alan anket sorularını eksiksiz cevaplamanızı istiyoruz. Çalışmadan elde edilen kimlik bilgileriniz de dahil olmak üzere diğer tüm bilgiler sorumlu araştırmacılar tarafından saklı tutulacak ve sadece araştırmanın bilimsel sonuçlarının yayınlanması amacıyla kullanılacaktır. Çocuk istismarı ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz. Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

Doç.Dr.Müge ALVUR Dr. Volkan BAHADIR Tel: 02623037527

1. Doğum tarihiniz: gg.aa.yyyy.
2. Cinsiyetiniz : KADIN ERKEK
3. Medeni durumunuz: Bekar Evli Diğer
4. Kaç çocuğunuz var: Yok
5. Göreviniz
Asistanı Yılı mezunuyum
7. Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?
 Hayır Evet
8. Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk **istismarından** şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?
 Hayır Evet
9. Gündelik hayatınızda ve /veya görev başında iken çocuk **ihmalinden** şüphe duyduğunuz olgu(lar) oldu mu?
 Hayır Evet
10. Çocuk ihmali ve çocuk istismarı hakkında eğitim almak ister misiniz?
 Hayır Evet
11. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanı olarak çocuk istismarından şüphe duyduğunuzda ne yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?
 Hayır Evet

3. Ek: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek

Anket Formu	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
12. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.			
13. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.			
14. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.			
15. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.			
16. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.			
17. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.			
18. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanğını düşündürmektedir.			
19. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.			
20. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.			
21. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.			
22. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.			
23. İntrakranial ve intraoküler kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.			
24. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.			
25. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.			
26. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.			

27. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.			
28. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir			
29. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.			
30. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.			
31. 20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.			
32. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir			
33. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.			
34. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.			
35. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir			
36. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.			
37. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.			
38. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.			
39. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları yüksektir.			
40. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.			
41. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.			
42. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.			
43. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyanarlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.			
44. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.			

45. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.			
46. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir			
47. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.			
48. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.			
49. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır			
50. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.			
51. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.			
52. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.			
53. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.			
54. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.			
55. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.			
56. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.			
57. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.			
58. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.			
59. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir			
60. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.			
61. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.			
62. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır			
63. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.			

64. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.			
65. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır			
66. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.			
67. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.			
68. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.			
69. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkindir.			
70. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.			
71. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.			
72. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.			
73. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.			
74. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.			
75. Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.			
76. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkindir.			
77. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.			
78. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.			

10. KAYNAKÇA

1. Hizmetler BS, Kurumu ÇE. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Ulusal ilk rapor. Ank Başbakanlık Sos Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu. 1999;19.
2. UNİCEF, Sözleşmesi ÇH. Türkiye Milli Komitesi. Ank UNİCEF. 1996;
3. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Derg. 2001;151(5).
4. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. Van Tıp Derg. 2010;17(3):108-13.
5. İzmirli M, Sur H, Polat N. Çocuğa karşı dayak olgusu ve çocuk istismarı. Çocuk Forumu Derg. 2000;3(1):37-49.
6. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalık Derg. 2004;47(2):140-51.
7. Aral N. Fiziksel istismar ve çocuk. Tekışık Veb Ofset Tesisleri; 1997.
8. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalık Derg. 2004;47(2):140-51.
9. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2006;15(9):153-7.
10. Tahiroglu AY, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu*/Child abuse, mental health, mandatory reporting law. Anadolu Psikiyatri Derg. 2008;9(1):1.
11. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. 2012;
12. Starling SP, Heisler KW, Paulson JF, Youmans E. Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. Pediatrics. 2009;123(4):e595-602.
13. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2007;119(6):1232-41.
14. Akyüz E. Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi, I. Türkiye Çocuk Hak Kongresi Yetişkin Bildir Kitabı-2 Çocuk Vakfı Yayın İstanb. 2011;17-42.
15. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Acta Medica. 2004;35(2):82-6.
16. Organization WH. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. 1999;
17. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, vd. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl. 2001;25(2):279-90.

18. Karaman-Kepekci Y. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi–Adli Pediatri Ve Çocuk İstismarı*. 2001;22(3):262-76.
19. Campbell AM, Hibbard R. More than words: the emotional maltreatment of children. *Pediatr Clin*. 2014;61(5):959-70.
20. Kars Ö. Çocuk istismarı: Nedenleri ve sonuçları. Ö. Kars; 1996.
21. Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA, van Rijn RR. Educational paper. *Eur J Pediatr*. 2012;171(6):877-85.
22. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am*. 1999;17(3):575-93.
23. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. 2013;22(4).
24. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl*. 2005;29(4):325-34.
25. Lynch MA. Child abuse before Kempe: An historical literature review. *Child Abuse Negl*. 1985;9(1):7-15.
26. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol*. 1946;56:163-74.
27. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismarı ve İhmali: Ortopedik Yönleri. *Acta Medica*. 2004;35(1):27-33.
28. Polat O. Çocuk hakları nedir. *İstanbul Anal Yayın*. 2002;5-39.
29. Şimşek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. *Adli Bilim Derg*. 2004;3(1):47-52.
30. Christoffersen MN, DePanfilis D. Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. *Child Abuse Rev J Br Assoc Study Prev Child Abuse Negl*. 2009;18(1):24-40.
31. Wu ZH, Berenson AB, Wiemann CM. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: familial environment, risk behaviors, and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(4):207-16.
32. Gaudiosi DJA. Child Maltreatment 2010. *Child Maltreat*. 2010;246.
33. Yılmaz İrmak T. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi*; 2008.
34. Tunçel EK, Dündar C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*. 2007;17(2):105-10.
35. Ayan S, Kocacık F. Çocuk istismarı: Sivas (Türkiye) Örneği. *Uluslar Arası İnsan Bilim Derg*. 2009;1:953-68.

36. Hizmetler BS, Kurumu-UNICEF ÇE. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. 2010.
37. 203-208. pdf [Internet]. [a. yer 20 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
38. UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme. pdf [Internet]. [a. yer 20 Temmuz 2018]. Erişim adresi: https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf
39. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. 2013;
40. Polat O. İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler kitabı. Umut Matbaası, İstanbul, 2000; 15-36. Yazışma Adresi Yaşar TIRAŞÇI Dicle Üniv Tıp Fak Adli Tıp AD Diyarbakır E-Mail Ytirasci Dicle Edu Tr.
41. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. 2013;
42. Akyüz E. Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi, I. Türkiye Çocuk Hak Kongresi Yetişkin Bildir Kitabı-2 Çocuk Vakfı Yayın İstanb. 2011;17-42.
43. Yolcuoğlu İG. Türkiye’de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. Sos Polit Çalışmaları Derg. 2009;18(18).
44. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The lancet. 2002;360(9339):1083-8.
45. Child Abuse and Neglect Fatalities 2015: Statistics and Interventions. :7.
46. Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury-Kassabri M. Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. Child Abuse Negl. 2002;26(12):1291-309.
47. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002;
48. Kurumu TBAA. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ank Aile Araşt Kurumu Yayın. 1995;
49. Türkiye İstatistik Kurumu, Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2015 [Internet]. [a. yer 12 Eylül 2018]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21544>
50. 48. pdf [Internet]. [a. yer 12 Eylül 2018]. Erişim adresi: http://www.adliscil.adalet.gov.tr/istatistik_2015/CEZA/48.pdf
51. 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. 1999;38(10):1214-22.

52. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *Am Fam Physician*. 2000;61(10):3057-64.
53. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Derg*. 2007;34(1):70-4.
54. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekim Bül*. 2004;3(4):76-80.
55. KILIÇ A, ÖZÇETİN M. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önlemede Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. *Fırat Tıp Derg*. 2018;23(3).
56. Hoft M, Haddad L. Screening children for abuse and neglect: a review of the literature. *J Forensic Nurs*. 2017;13(1):26-34.
57. Lazoritz S. Whatever happened to Mary Ellen? *Child Abuse Negl*. 1990;14(2):143-9.
58. Mulryan K, Cathers P, Fagin A. Protecting the child. *Nursing (Lond)*. 2000;30(7):39.
59. Akço S, Aksel Ş, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H. Çocuk istismarı ve ihmali uygulama kitabı. *Istanb Türk Adli Tıp Kurumu-Unicef*. 2004;
60. Polat O. Fiziksel istismarda hekim yaklaşımı ne olmalıdır. *Çocuk Forumu*. 1998;1(3):1-10.
61. Hobbs CJ. Skull fracture and the diagnosis of abuse. *Arch Dis Child*. 1984;59(3):246-52.
62. Alexander RC, Schor DP, Smith Jr WL. Magnetic resonance imaging of intracranial injuries from child abuse. *J Pediatr*. 1986;109(6):975-9.
63. Polat O. Çocuk ve şiddet. *Der Yayınları*; 2001.
64. Savaş H, Çakıcı M, Uygur N. Bir Olgu Dolayısıyla İnfantisit ve Filisit'in Psikiyatrik Yönü. *Bull Leg Med*. 1999;4(2):74-7.
65. Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR. Abdominal injury due to child abuse. *The Lancet*. 2005;366(9481):234-5.
66. Christian CW, Block R. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123(5):1409-11.
67. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J*. 1971;2(5759):430-1.
68. Yağmur F, Asil H, Per H, Coşkun A, Aslan D. Sarsılmış Bebek Sendromu & 3 Olgu Sunumu. *Adli Tıp Derg*. 2010;24(1):42-9.
69. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 2002;26(5):501-8.
70. Hancı H, Eşiyok B. Munchausen by Proxy sendromu: Vekaleten hastalık. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2000;9:1-4.
71. Paavilainen E, Tarkka M-T. Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nurs*. 2003;20(1):49-55.

72. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):697-714.
73. Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM. *Child abuse and neglect: a clinician's handbook.* C. 682. Elsevier Health Sciences; 1999.
74. Erdogan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E, vd. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2011;12(1):55.
75. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, Gordon DS. Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2003;27(5):525-40.
76. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Weiner M, Mandel FS, Lesser ML, vd. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *Am J Psychiatry.* 1998;155(7):954-9.
77. Reece RM, Jenny C. Medical training in child maltreatment. *Am J Prev Med.* 2005;29(5):266-71.
78. Agathonos-Georgopoulou H, Browne KD. The prediction of child maltreatment in Greek families. *Child Abuse Negl.* 1997;21(8):721-35.
79. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. *Turk J Fam Pract Aile Hekim Derg.* 2011;15(4).
80. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arzteblatt Int.* 2010;107(13):231.
81. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. *Seçkin;* 2007.
82. Zara-Page A. Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikol Yazıları.* 2004;7(13):103-13.
83. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2007;2(4):13-22.
84. Akduman GG, Cantürk G. Cinsel istismara uğrayan çocuklara karşı tutum ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması (Üniversite öğrencileri örnekleme). *Adli Tıp Derg.* 24(2):22-9.
85. İMREN SG, Ayaz AB, Yusufoglu C, ARMAN AR. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Med J.* 2013;26(1):11-6.
86. Selvi Y, Özdemir PG, Atli A, Kıran SG. Aile İçi Cinsel İstismar Sonrası Zedelenmiş Cinsellik: Kompulsif Cinsel Davranışları Olan Bir Olgu Sunumu. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2011;24(1).
87. Farrelly C. The case for re-thinking incest laws. *J Med Ethics.* 2008;34(9):e11-e11.
88. Celbis O, Ozdemir B, Kaya A. Examination of the sexually assaulted child/Cinsel saldırıya uğramış cocugun muayenesi. *Turk Pediatr Arch.* 2011;104-11.

89. Hershkowitz I. Socioemotional factors in child sexual abuse investigations. *Child Maltreat.* 2009;14(2):172-81.
90. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. *Child Abuse Med Diagn Manag.* 1994;185-247.
91. Dağlı T, İnanıcı MA. Üniversiteler için hastane temelli çocuk koruma merkezleri el kitabı. Fersa Ofset Matbaacılık Ank. 2010;
92. Hancı İH. Adli tıp ve adli bilimler. Seçkin Yayıncılık; 2002.
93. Aral N. Ailenin güçlenmesinde aile bireylerinin sorumlulukları. *Ank Aile Araşt Kurumu Eğitim.* 1991;3:39.
94. Silber TJ. Pharyngeal gonorrhoea in children. *Pediatrics.* 1978;61(4):674-674.
95. Modeli ORCKM, İhmal Ç, Derneği İÖ. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ank Ank Üniversitesi Basımevi. 2006;
96. Akçay Ş. İstanbul Üniversitesine bağlı tıp fakültelerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalları ile travma ve acil cerrahi birimlerinde görev yapan son dönem tıpta uzmanlık öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi, deneyim ve davranışlarını belirleme araştırması. *Istanb İstanb Üniversitesi İstanb Tıp Fakültesi.* 2008;
97. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Ped Arş.* 2014;49:57-65.
98. Borres MP, HÄgg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatr Int.* 2007;49(2):177-82.
99. ANIL AB, ANIL M, ASTARCIOĞLU G, Şen S, Aksu N. Çocuk istismarına bağlı ölümcül kafa travması: iki vaka. 2009;
100. Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Yayın Üksek Lisans Tezi İstanb.* 2006;
101. Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2005;14(11):241-6.
102. Garrusi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Physicians' perception regarding child maltreatment in Iran (IR). *Internet J Health.* 2007;6(2).
103. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs.* 2006;56(3):227-36.
104. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse Negl.* 2003;27(10):1161-78.
105. Flaherty E, Price LL, Wasserman R, Trowbridge M, O'Connor K, Sege R. See no evil: Education and experience in child abuse. *Pediatrics.* 2003;111(3):564-72.

106. Marshall Jr WN, Locke C. Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. *Child Abuse Negl.* 1997;21(2):171-9.
107. Segal UA, Iwai Y. Perceptions of child abuse: A comparison of three professional groups in Japan. *Child Soc.* 2004;18(1):16-29.
108. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Jama.* 1999;281(7):621-6.
109. Açık Y, Deveci SE, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Prev Med.* 2004;39(4):791-7.

