T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI VAKALARINA YAKLAŞIMLARI VE BİLDİRME DURUMLARI

DR. MELİKE ESKİCİ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2016

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNİN ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI VAKALARINA YAKLAŞIMLARI VE BİLDİRME DURUMLARI

DR. MELİKE ESKİCİ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

İZMİR 2016

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ ..... **iv**
KISALTMALAR ..... **vi**
ÖNSÖZ ..... **ix**

ÖZET **1**
ABSTRACT **3**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **5**

2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1. Tanımlar Ve Tarihçe 7
2.2. Ç.İ.V.İ Nedenleri ve Risk Faktörleri 9
2.2.1. Çocuk ile ilişkili Risk Faktörleri 9
2.2.2. Anne-Baba ile ilişkili Risk Faktörleri 9
2.2.3. Toplum ile ilişkili Risk Faktörleri 11
2.3. Çocuk İstismarı Tipleri 12
2.3.1. Fiziksel İstismar 12
2.3.1.1. Munchausen by Proxy Sendromu 13
2.3.1.2. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome) 15
2.3.1.3. Öykü ve Fiziksel Muayene Bulguları 16
2.3.1.3.1. Deri Bulguları 17
2.3.1.3.2. İskelet Sistemi Bulguları 18
2.3.1.3.3. Santral Sinir Sistemi Bulguları 19
2.3.1.3.4. Göz Bulguları 19
2.3.1.3.5. Kulak Yaralanmaları 19
2.3.1.3.6. İç Organ Yaralanmaları 20
2.3.1.3.7. Fiziksel İstismara Bağlı Ruhsal Bulgular 20
2.3.2.Cinsel İstismar 21
2.3.2.1.Ensest 22
2.3.2.2 Pedofili 22

2.3.2.3 Cinsel İstismarda Öykü ve Muayene Bulguları 23
2.3.2.3.1. Fizik Muayene Bulguları.....24
2.3.2.3.2. Ruhsal ve Davranışsal Bulguları 24
2.3.3. Duygusal İstismar 25
2.3.4. Ekonomik İstismar.....26
2.3.5. İhmal 27
2.4. Epidemiyoloji 28
2.5. Hekimler ve Ç.İ.V.İ 33
2.6. Ç.İ.V.İ'nin Önlenmesi 34
2.6.1. Birincil Önleme 35
2.6.2. İkincil Önleme 36
2.6.3. Üçüncül Önleme 36

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 38
3.1. Araştırmanın Şekli.....38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 38
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....38
3.4. Araştırmanın Etik Yönleri.....38
3.5. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi 39
3.6. Verilerin Toplanması 39
3.7. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler.....40
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....40
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 40

4. BULGULAR.....41

5. TARTIŞMA 58

6. SONUÇ.....71

KAYNAKLAR.....72

EKLER.....83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hekimlerin yaş dağılımları..... 41

Şekil 2. Hekimlerin hekimlik yıllarına göre dağılımları..... 42

Şekil 3. Hekimlerin çocuk hasta sayısına göre dağılımları..... 42

Şekil 4. Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumunda multidisipliner çalışma içine girme durumları..... 57

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Olgu 1'deki bebeğin durumu ve Ç.İ.V.İ düşündüren bulgular..... 43
Tablo 2. Olgu 2'deki çocuğun durumu ve ihmal düşündüren bulgular..... 44
Tablo 3. Olgu 2'deki çocuğun istismar açısından değerlendirilmesi ve istismar düşündüren bulgular 44
Tablo 4. Olgu 2'deki çocuğun istismar türleri açısından değerlendirilmesi..... 45
Tablo 5. Hekimlerin istismar vakasını bildirme durumları ve bildireceklerini belirttikleri kurumlar..... 45
Tablo 6. Hekimlerin istismar vakalarını bildirmekten kaçınma sebepleri..... 46
Tablo 7. Olgu 3'te hekimlerin yapmak istedikleri diğer muayeneler..... 47
Tablo 8. Hekimlerin ileri muayeneyi nasıl bir ortamda yapmak istedikleri 48
Tablo 9. Hekimlerin cinsel istismar vakalarına yaklaşım modelleri 48
Tablo 10. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim alma durumları 49
Tablo 11. Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları..... 49
Tablo 12. Hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Ç.İ.V.İ bulgularını tanımaları..... 50
Tablo 13. Hekimlerin uzmanlık durumuna göre Ç.İ.V.İ bulgularını tanımaları. 50
Tablo 14. Hekimlerin hekimlik yıllarına göre Ç.İ.V.İ bulgularını tanımaları 51
Tablo 15. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim alma durumları ile ihmal ve istismar bulgularını tanımalarının ilişkisi 51
Tablo 16. Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları ile ihmal ve istismar bulgularını tanımalarının ilişkisi..... 52
Tablo 17. Hekimlerin fiziksel istismar bildirim durumları ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması 52
Tablo 18. Olgu 2'deki ihmal vakasını bilen hekimlerle ihmal düşündüren bulguları bilme durumlarının ilişkisi 53
Tablo 19. Fiziksel istismar vakasını bildirme durumları ile Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitime katılma durumlarının karşılaştırılması..... 53

Tablo 20. Hekimlerin şüphelendikleri cinsel istismarda yapmak istedikleri diğer muayeneler ile vakadaki ihmal türlerini bilme durumlarının karşılaştırılması..... 54
Tablo 21. Hekimlerin cinsel istismar vakasına yaklaşım modellerinin hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma, mezuniyet sonrası eğitim durumları ile karşılaştırılması..... 55
Tablo 22. Hekimlerin istismar vakasını bildirme kurumları ile hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitim alma durumlarının karşılaştırılması..... 56
Tablo 23. Hekimlerin multidisipliner çalışma içine girme durumları ile Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumlarının karşılaştırılması 57

KISALTMALAR DİZİNİ

Ç.İ.V.İ: Çocuk İhmali ve İstismarı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

BM: Birleşmiş Milletler

UNVAC: Birleşmiş Milletler Çocuğa Karşı Şiddet Araştırması

NCCAN: Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psikoloji Derneği

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

APSAC: Çocuk İstismarı Konusunda Amerikan Profesyonel Kuruluşu (American Professional Society on the Abuse of Children)

SHÇEK: Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu

NCANDS: ABD Ulusal Çocuk İhmal ve İstismarı Veri Sistemi

BECAN: Çocuk İstismarı ve İhmali Balkan Epidemiyolojik Araştırması

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

NIS: ABD Ulusal İnsidans Çalışması

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

ASPB: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

TEŞEKKÜR

Her zaman, her şartta desteğini ve ilgisini esirgemeyen, dinleyen, doğru yolu gösteren, azmettiren, sonsuz güven sağlayan, benim için önemli olan tez çalışmamda olduğu gibi hayatta da her konuda akıl danışmak istediğim hocam Prof.Dr. Nilgün Özçakar'a;

Asistanlığım süresince bilgi ve deneyiminden yararlandığım, uzmanlık yolundaki gelişimimin büyük kısmını borçlu olduğum ve asistanı olmaktan onur duyduğum Prof.Dr. Dilek Güldal'a;

Disiplinli çalışmasını her zaman örnek almaya çalıştığım, kapısını her çaldığımda sorunlarımı hallederek ve gülümseyerek ayrıldığım Doç.Dr. Mehtap Kartal'a;

Güler yüzü ve içtenliği ile her zaman yanımızda olan Doç.Dr. Tolga Günvar'a;

Çalışmalarımıza olan yardımlarıyla bakış açımızı değiştiren Prof.Dr. Vildan Mevsim'e;

Mesleki becerilerimi artırmama katkıları olan, her türlü problemimizde ilk yardım duraklarımız olan Uz.Dr. Ediz Yıldırım'a ve Uz.Dr. Neslişah Gafuroğlu Tan'a

Teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan yol arkadaşım Emrah, sabrın ve inancın için teşekkür ederim, iyi ki varsın.

Annem ve babam; her zaman en büyük destekçim olduğunuz ve güvendiğiniz için sonsuz teşekkürler, kızınız olmaktan gurur duyuyorum.

Sevgili Ülkü, Merve, Ceren, İlke, Tuba'ya; birer kız kardeş oldukları için teşekkür ederim. Asistanlık macerası sizinle çok daha keyifliydi.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'ndaki tüm asistan arkadaşlarım, sizi tanımak çok güzeldi, her zaman güzel hatırlanacaksınız.

ÖZET

AİLE HEKİMLERİNİN ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI VAKALARINA YAKLAŞIMLARI VE BİLDİRME DURUMLARI

Dr.Melike ESKİCİ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İnciraltı, İzmir

Giriş: Çocuk İhmali ve İstismarı (Ç.İ.V.İ.), sık karşılaşılan bir durumdur ve hekimler tarafından tanınması, bildirilmesi, gerekli yasal süreçlerin, uygun tedavinin başlatılması konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Birinci basamak hekimleri özel konumları nedeniyle durumu erken dönemde saptayarak konunun önemsenmesini sağlayabilirler.

Amaç: Bu çalışma, birinci basamak hekimlerinin konuya ilişkin bilgi, deneyim ve yaklaşımlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır. Genel bilgilerin sonundaki amaç ile aynı mı?

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı türdeki araştırmamızda kısa sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket formu ve yazılı olgu örnekleri kullanılmıştır. İzmir ili evreninden rastgele belirlenen altı ilçedeki Aile Sağlığı Merkez (ASM)'lerinde çalışan 300 hekime ulaşılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmış, $p< 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin yaş ortalamaları 47,06±6,65 idi. İstismar türlerini doğru bilme oranları %42,0(n=126) idi. Hekimlerin %83,0'ü(n=249) fiziksel istismara uğrayan hastasını bildireceğini, %81,0'i (n=243) cinsel istismara uğradığını düşündüğü hastasını adli tıp, psikiyatri veya cerrahiye yönlendireceğini belirti. Hekimlerin %82'si (n=246) konuyla ilgili mezuniyet sonrası eğitim almamış, %57,7'si (n=173) Ç.İ.V.İ. ile karşılaşmamıştı. Çocuğu olanların, uzman hekimlerin ihmal ve istismarı tanımaları, kadınların fiziksel istismar bildirim düzeyleri, hekimlik yılı yüksek olanların ve Ç.İ.V.İ. ile karşılaşan hekimlerin cinsel istismar vakasında multidisipliner çalışmayı düşünmesi, Ç.İ.V.İ. ile karşılaşan hekimlerin ve mezuniyet sonrası eğitim alanların savcılığa bildirme düzeyleri yüksekti ($p<0,05$).

Sonuç: Hekimlerin Ç.İ.V.İ. olgularını tanıma düzeyleri yüksek, farkındalık düzeyleri düşüktür. İstismar türleri arasındaki farkı bilmemektedirler. Olguları bildirecekleri kurum konusunda ortak fikirleri bulunmamaktadır. Hekimlerin Ç.İ.V.İ tanı ve tedavisinde multidisipliner çalışma içine girilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği mevcuttur.

Anahtar kelimeler: aile hekimliği, çocuk ihmali ve istismarı, yaklaşım ve bildirim durumları

ABSTRACT

FAMILY PHYSICIANS' APPROACH AND REPORTING STATUS FOR CHILD ABUSE AND NEGLECT CASES

Dr. Melike ESKİCİ, Dokuz Eylül Faculty of Medicine, Department of Family Medicine İnciralti, İzmir

Introduction: Child Abuse and Neglect(CAN) is a situation seen frequently and has difficulties for physicians to be recognized, reported, required legal processes, and appropriate treatment to be initiated. Primary care physicians can provide care in early stage by considering their special position.

Objective: Study was conducted by aim of determining knowledge, experience and approaches of primary care physicians about this subject.

Methods: In this cross-sectional descriptive study a questionnaire was used including sociodemographic characteristics and written cases. In randomly selected six districts, 300 family physicians attained from Izmir. SPSS 15.0 program was used in analysis, and $p<0.05$ considered significant.

Results: Mean age of physicians was 47.06±6.65. Rates of knowing types of abuse(n=126) were 42.0%. Majority of physicians (n=249,83.0%) thought they will report physical abuse, and (n=243,81.0%) sexual abuse, consulting to forensic medicine, psychiatry or surgery.

Of the physicians 82% (n=246) didn't receive postgraduate training on this topic, 57.7% of them(n=173) didn't encounter CAN. Definition of neglect and abuse by child-bearing physicians, senior doctors, levels of reporting of physical abuse by female physicians, senior physicians and encountering CAN thinking about the multidisciplinary study, physicians encountered CAN and received postgraduate education level of reporting prosecutor's was significantly higher ($p<0,05$)

Conclusion: Physicians have high levels of recognition of CAN cases and low awareness. They don't know the difference between types of abuse and no common ideas about the institution they will report. There is a lack of knowledge of physicians' need to be involved in multidisciplinary studies in diagnosis and treatment of CAN.

Key words: Family medicine, child neglect and abuse, approach and reporting situations

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeni nesillerin fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olmaları, kendi değerlerinin farkında olarak bu değerleri insanlığın yararına kullanabilmeleri; yetişkin olma yolunda içinde bulundukları koşullarla ilgilidir. Bu durumun toplumun geleceğinin şekillenmesinde büyük rolü vardır. Toplumun geleceğinin 'çocuk' olduğu düşüncesi, çocuğun çıkarını gözetip bu çıkarı toplumun çıkarı ile bütünleştirince anlam kazanmaktadır. Çocukların erişkin birey olma yolunda sağlıklı, sorumluluk sahibi, bilinçli ve nitelikli yetişmesi, toplumun bugünü ve geleceğini örtüştürmektedir (1).

Çocuk yetiştirmede dünyadaki her toplumun sahip olduğu farklı kural ve kültürler, çocuk yetiştirme ve korumadaki prensiplerini genel olarak tanımlar (2).

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde ve her iki cinsiyette görülebilen önemli bir toplum ve ruh sağlığı sorunudur (3).

Anne karnında, bebeklikte, oyun çağında ve ergenlikte; farklı etnik grup ve sosyal sınıflarda, renk veya dinde olan her çocuk, kötü muameleden etkilenir. İnkâr, çocuğa kötü muamelenin farkına varılması ve tanı konulmasının her aşamasında olabilen ve süreci uzatan durumdur. Genellikle inkâr, suçu işleyen kişiler tarafından yapılır. Kötü muameleye maruz kalan çocuk da bazen durumu inkâr edebilir.

Komşu, öğretmen veya hekim gibi erişkinler, normal şartlarda çevresindeki olaylara duyarlı olsalar da birçok kişisel nedenden dolayı kötü muameleyi görmezden gelebilir veya daha hafif oranda bildirebilir. Ek olarak kötü muamele yapan kişilerin mahkûm edilmesini yasal gereklilikler zorlaştırabilir; sonuçta oluşan toplumsal inkâr, insanları hayatın tatsız yüzüne tanık olmaktan korur (4).

Türk toplumunda ailesel ve kültürel bazı özellikler aile içi istismarı açıkça kolaylaştırmaktadır. Geçim sıkıntısı, çok çocukla yaşanması güç evlerde barınma zorunluluğu, ataerkil aile yapısı, çocuğa ve kadına şiddetin olağan karşılanması, kız çocuklarının eğitim almasının güçlüğü ve erken yaşta evlendirilmeleri, şiddeti destekleyen "dayak cennetten çıkmadır, kızını dövmeyen dizini döver, eti senin kemiği benim" vb. kabul görmüş sözlerin aile içi istismarı kolaylaştırdığı ortadadır.

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir

uzmanlıktır. Disiplinin özelliklerinin başında sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturması ve bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirmesi bulunur (5).

Aile hekimleri, aile ve çocuklarla yakından iletişime girebileceğinden, istismar ve ihmali erken dönemlerde tanımalı, hatta risk durumlarını tanıyıp önlemlerini alabilmelidir. Gerek sosyal hizmet uzmanları ve öğretmenler, gerekse savcılık ve kolluk kuvvetleriyle iletişime geçebilen; çocuk hastalıkları, çocuk ve ergen psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, diş hekimleri ve adli tabipler gibi meslektaşlarıyla multidisipliner çalışma kurabilen özel bir statüdedir. Bu sebeple aile hekimleri, çocuk ihmali ve istismarı olguları ile sık ve erken dönemlerde karşılaşması göz önüne alındığında tanı koyup bildirme sıklığını değerlendirerek toplum sağlığını ve sosyal statüyü düşüren bu durumun göz ardı edilmesini önlemekte kilit noktadırlar.

Bu çalışma, birinci basamak hekimlerinin konuya ilişkin bilgi, deneyim ve yaklaşımlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar Ve Tarihçe

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur. Her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde ve her iki cinsiyette görülebilen önemli bir toplum ve ruh sağlığı sorunudur (3).

Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinirken,1962 yılında Kempe "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmıştır (6).

Çocuk istismarı ve ihmalinin ilk tanımı 1970'de Hellnes isimli bir araştırmacı tarafından, çocukla bakıcısı arasında, çocuğun fiziksel veya gelişimsel durumuna yansıyan, kaza sonucu ortaya çıkmayan, etkileşim ya da etkileşim eksikliği şeklinde yapılmıştır (7).

Helfer ve Kempe 1972 yılında çocuk istismarı ve ihmalini, "anne-babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği veya ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasara uğraması" olarak tanımlamıştır (8).

Felthous daha net bakış açısı getirerek çocuk istismarını çocuğu kasıtlı olarak dışlamak, incitmek ve zarar vermek amacıyla, doğrudan çocuğun bakımı ile yükümlü birey tarafından fiziksel güç kullanarak çok hafiften başlayarak öldürücü olabilen fiziksel yaralanmaya sebebiyet verilmesi olarak tarif etmiştir (8).

1975 yılında Parke ve Colimer çocuk istismarı tanımına kültürel boyut eklemiş ve "Anne ve babalar ile çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğraması" şeklinde ifade etmişlerdir (9).

David Gill 1981 yılında çocuk istismarı ve ihmalini, "İnsanların yaptıkları veya yapmaları gerektiği halde yapmadıkları davranışlardan ya da insanların yarattıkları veya tolere ettikleri koşullardan dolayı, çocuğun gizli güçlerini ortaya koymasının, yeteneklerini geliştirmesinin engellenmesi" biçiminde tanımlanmaktadır (10).

Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) tanımına göre çocuk istismarı; "Çocuklara bir yetişkin, toplum, devlet veya başka bir çocuk tarafından, bilinçli veya bilinçsiz olarak; bedensel, duygusal, zihinsel veya sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen, çocuğun istismar

veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine alan bir davranış uygulanmasıdır" (2).

Çocuk istismarında tüm tanımların değindiği ortak görüş, çocuğa uygulanan davranışın vasfı, sebepleri ya da istismarcı kişi veya kişilerin maksadı değil, çocuğun istismardan nasıl etkilendiğidir.

1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi'nde hak ve özgürlüklere yeterince değinilmediği ve çocukların özel olarak korunması gerektiği öne sürülerek çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlatılmış,1959 yılında 78 ülke temsilcilerinin katılımıyla "Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi" oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Türkiye, 1990 yılında "Çocuk Hakları Sözleşmesi" ni ilk imzalayan ülkeler arasında yer almış, sözleşme ancak 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanarak 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmış ve 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşerek uygulanmaya başlanmıştır (11).

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (ÇHS, 1989), Sözleşmeye ek protokoller (Silahlı Çatışma, 2002; Çocukların Satışı, Fuhşu ve Pornografisi, 2002; Bireysel Başvuru Mekanizması 2012), ÇHS'yi izlemekle görevli Çocuk Hakları Komitesi'nin genel yorumları, diğer uluslararası ve bölgesel insan hakları sözleşmeleri ve BM Çocuğa Karşı Şiddet Araştırması, çocuğa karşı şiddeti 'çocukların pek çok hakkının ihlali' olarak tanımlar. Bu bağlamda çocuğa karşı şiddetin önlenmesi, çocuğun korunması, çocuğun haklarına saygı gösterilmesi ve şiddet içermeyen bir ortamda gelişip var olan potansiyelini tam olarak kullanabilmesi için gerekli ortamın yaratılması konularında devletlerin yasal yükümlülüklerini tanımlarlar. Devletler hür iradeleriyle onayladıkları çocukların insan haklarının tanımlandığı sözleşmeleri iyi niyetle uygularlar (Viyana Sözleşmesi, 1969). Devletler çocukların şiddetten masun olma haklarının yerine gelebilmesi için hesap verebilirlik mekanizmaları geliştirmekle yükümlüdürler. Bu mekanizmalardan biri de çocuğa karşı şiddetin izlenmesidir.

Türkiye ÇHS'ni 1995 yılında onaylayarak kendi iç hukukunun bir parçası olarak kabul etmiştir. Bu çerçevede yasalarını, politikalarını, kamu hizmetlerini ve kaynaklarını ÇHS'ne uyumlaştırmak için çalışmalar yürütmüştür (12, 13).

2.2. Ç.İ.V.İ Nedenleri ve Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmaline neden olan risk faktörleri çeşitli tür farklılıkları içeren, değişik boyutlarda ve karmaşıktır; basit bir sınıflama yapmak mümkün değildir. Tek başına çocuğa yönelik şiddeti açıklayabilen risk faktörü yoktur. Genel olarak çocuk, anne-baba ve çevre ile ilişkili risk faktörlerinin (kolaylaştırıcı faktörler) etkili olduğu görüşü benimsenmektedir. Bu şartlarda şiddet eğilimi kuşaklar boyunca artarak devam etmektedir. Bu risk faktörleri:

2.2.1. Çocuk ile ilişkili Risk Faktörleri

-Konjenital anomali ve/veya fiziksel sakatlık
-Mental retardasyon
-Prematürite
-Düşük doğum ağırlığı
-Kronik hastalık
-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) , tik olması
-İstenmeyen, evlilik dışı olan çocuk
-Çocuğun beklenen cinsiyette olmaması
-Az uyuma ve uyku düzensizlikleri
-Yemek yemeyen iştahsız çocuk veya aşırı iştahlı çocuk
-Gece işemeleri (enüresis nokturna)

2.2.2. Anne-Baba ile ilişkili Risk Faktörleri

Bir ailede gerçeklerin gizlenmesi, aile ve toplum tarihi, geçmişe ve bugüne ilişkin birbiriyle ilintili yoğun duygular, güçlü inançlar, özel anlamlar, hayal edilen bir gelecek ile harmanlanıp ortaya çıkar. Çocuk veya ergen için sır gibi saklanan bir aile gerçeğinin içinde yaşamak; güçlük, endişe, utanç, sıkıntı, sorumluluk, korku gibi duyguların birlikte ya da ayrı ayrı yaşanması ile sonuçlanır.

Ciddi fiziksel cezalara başvuran anne babaların ceza verme sebeplerinin sıklıkla çocukların sosyal, ahlaki törelere ve geleneksel kurallara uymamaları olduğu ortaya konmuştur (14).

Çocuklarına fiziksel şiddet uygulayan ebeveynlerin üçte birinin kendi çocukluklarında fiziksel istismara uğramış olduğunu ve aynı davranış kalıpları ile çocuk yetiştirdikleri, şiddet eğiliminin kuşaklar boyunca devam ettiği gösterilmiştir (15). Anne babaların engellenme eşiklerinin düşük, stres düzeylerinin yüksek olması da istismar risk etkenleri arasında bildirilmektedir (16) Çalışmalar bu anne babaların duygularını düzenlemede zorluk çektiklerini, sonuç olarak kızgınlık derecelerini kontrol edemediklerini, dürtü kontrol sorunları yaşadıklarını göstermektedir.

Anne-babaların Ç.İ.V.İ 'de risk teşkil ettiği durumlar genel olarak;

-Sosyoekonomik durumun düşük olması

-Eğitim seviyesinin düşük olması

-Tek ebeveyn olma

-Üvey ebeveyn varlığı

-Çok eşli olma

-Küçük yaşta (20 yaşın altında) doğum yapan anne

-Sık aralıklarla doğum yapan anne

-Ataerkil ailede yaşama

-Sosyal izolasyon

-İşsizlik

-İstenmeyen gebelik

-Çok çocuklu olma

-Ebeveynlik becerisinden yoksun olma

-Aile içi şiddet varlığı

-Cinsel sorunlar yaşama

-Alkol ve/veya Madde bağımlılığı

-Ebeveynde fiziksel / ruhsal hastalık olması

-Çocuklukta istismara uğrama

2.2.3. Toplum ile ilişkili Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ile ırk ve etnik değişkenler arasındaki en belirgin ailesel ortak özelliğin yoksulluk olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durumu yoksulluk alt sınırında olan ailelerde orta sınıf ailelere kıyasla çocuk istismarı 22 kat fazla saptanmıştır (17).

Yaşanılan toplumun kimsesiz ve/veya zor şartlarda yaşam süren çocuklara olan duyarlılık ve ilgisi, bu çocukların uyuşturucu madde kullanmaya alıştırılmaları, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmaları ile çok yakından ilişkilidir. Toplumda istismar hala gizli tutulmakta ve tabu sayılmaktadır. Bir diğer toplumsal risk etmeni istismara uğrayan çocuğun başvurduğu sağlık kuruluşları ve emniyet teşkilatında yeterince koruma altına alınmayarak kendi haline bırakılması ve hatta bu merkezlerde daha da yıpranmasıdır (11).

Bu kapsamda başlıca toplumsal risk faktörleri:

-Sosyal statü farklılıkları, eşitsizlikler

-Ekonomik olarak yoksulluk alt sınırında olma

-Yasaların koruma konusunda yetersiz olması

-Çocuğa değer vermeme ya da az değer verme

-Savaş durumu, sivil silahlanma-suç hızında artma

-Şiddetin toplumda olağan görülmesinin artması

-Kültürel değerler

-Çocuk aile ve sosyal politikalar

-Sivil toplum örgütlerinin eksikliği ve/veya yetersizliği

-Okul

- Kalabalık olması
- Toplumsal baskının yüksek olması
- Dayağın disiplin yöntemi olarak kullanılması
- Eğitimcilerin kişilik yapıları (18, 19)

2.3. Çocuk İstismarı Tipleri

2.3.1. Fiziksel İstismar

Çocuğun fiziksel istismarı, bir çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel istismar kısaca çocuğun kaza dışı yaralanması olarak da adlandırılmaktadır (20).

Ortaya çıkarılması en kolay olan ve en sık görülen istismar türü ihmal ve fiziksel istismardır. Fiziksel istismar, basit yaralanmalarla başlamış olsa da, zaman içinde travmalardaki artış ciddi yaralanmalara ve ölümlere neden olabilir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen fiziksel istismar, çocuklarda büyüme-gelişme geriliğinin ve ruh sağlığında kalıcı hasarlar oluşmasına da temel oluşturmaktadır. Fiziksel istismarı özellikle erken dönemde tanımak, daha ciddi yaralanmaların ve bunlara bağlı kalıcı hasarların önüne geçebilmek, hatta ölümlerin oluşmasını engelleyebilmeyi sağlayacaktır (20).

"Şiddet" ise Türkçe'de (fiziksel anlamda) karşıt görüşte olanlarla ikna etme ve uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma, acı verici sert ve katı davranış anlamlarına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü şiddeti "sahip olunan gücün ya da iktidarın, fiziksel ya da ruhsal bir yaralanmaya ve kayba neden olacak biçimde amaçlı bir şekilde bir başka insana, kendine, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı yolla uygulanması" olarak tanımlamaktadır. Dünyada çocuklara evde fiziksel ceza verilmesini yasaklayan yasalar sadece 16 ülkede bulunmaktadır (21).

UNVAC (BM Çocuğa Karşı Şiddet Araştırması) şiddetin ortaya çıkabileceği beş temel ortamdan bahsetmiştir. Bu ortamlar,

1. Evde veya aile içinde şiddet
2. Okullarda ve eğitim ortamlarında şiddet (şiddete dayalı ve aşağılayıcı disiplin önlemleri; fiziksel, duygusal ve cinsel taciz ve şiddet ile birlikte özel (askeri okullar dahil) ve devlet okullarındaki zorbalık)
3. Kurumlarda şiddet (her türlü kurum bakımı, koruyucu aileler ve çocuklara bakılan diğer ortamlar, sığınma evleri, engelliler ve gençlere yönelik kurumlar gibi alternatif bakım kurumları ve ceza infaz kurumları gibi kurumlardaki şiddet uygulamaları)

4. Çalışma ortamlarında şiddet (ev işlerinde çalışan, zorla çalıştırılmak veya cinsel sömürüde kullanılmak üzere alıkonulan, seks turizmi dahil ticari amaçlı cinsel sömürüye maruz kalan ve tehlikeli koşullarda çalıştırılan çocukların uğradıkları şiddet)

5.Toplumda ve sokaklarda şiddet (savaş durumları dışında, kanunla ihtilafa düşmüş çocuklar, çeteler tarafından uygulanan şiddet ve örgütlü suça karışan gençler bu kapsamdadır. Ayrıca, aynı kapsama, özel güvenlik görevlilerinin uyguladığı şiddet ve zararlı geleneksel uygulamalar da girmektedir. Medyada, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak gerçekleşen çocuğa karşı şiddet de bu alanda ele alınır) (12, 13)

Çocuğun ağzına biber sürmek, sarsmak, kulağını ve saçını çekmek, çocuğun vücudunun herhangi bir yerine hafif şiddette veya parmakla vurmak gibi fiziksel cezalandırmalar orta derecede fiziksel istismar olarak kabul edilirken; çocuğa şiddetli elle veya ayakla vurmak, yakmak, boğmak gibi fiziksel cezalandırmalar ise şiddetli fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (22).

"Aletsiz saldırılar", tokat atma, dövme, tekmeleme, sarsma, çarpma, fırlatma, kulağını ve saçını çekme, yumruk atma, ısırma, çimdikleme ve tırmıklama, ağzına biber sürme, elle ağzını kapatarak veya suya batırarak boğma, zorla yemek yedirerek dudakta ve ağız içinde fiziksel hasar oluşturma vb. davranış biçimleridir. "Aletli saldırılar", kemer, kayış, kamçı, herhangi bir ev eşyası ile vurma, ütü, kaynar su ve sıcak yiyecekler veya yakıcı diğer maddeleri kullanarak yakma, hortum, yastık vb. kullanarak boğma gibi davranışları içerir (11).

2.3.1.1. Munchausen by Proxy Sendromu

Çocuğun bakımıyla sorumlu kişi tarafından (anne, baba, bakıcı vb.) bilinçli olarak çocuk hakkında hastalık hikayeleri yaratılarak çocuğu devamlı hastaneye getirmesi, hayal ürünü hastalık nedeniyle çocuğun çeşitli tetkik ve tedavi yöntemleri ile ruhsal ve bedensel zarara uğramasıdır. Çocuk, yineleyen laboratuar tetkikleri, servislerde yatırılması vb. sebebiyle büyük bir travmaya uğramış olacak; sonuçta gerçekten hastalanacaktır. Bu durumda çocuğun bakımını üstlenen kişi, çocukla ilgileniyormuş gibi görünse de çocuğun hastalığı konusunda sessiz kalır. Amacı kendi psikopatolojileri nedeniyle dikkatleri üzerine çekmektir, çocuğa zarar verme niyeti yoktur (11).

Tanı, semptomların başlamasından sonra ortalama 15 ay içinde konur ancak çok sayıda vaka yıllarca tanı konmadan pek çok hastane dolaşmıştır. Bakım verenin yapay bozukluğu tanısında, çocuklarda en sık psikotik bozukluklar, çoğul kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar görülmektedir. Ek olarak öğrenme bozuklukları, kronik yorgunluk sendromu belirtilmekte; polislere cinsel istismar başvurularına rastlanmaktadır (23). Sık rapor edilen diğer bulguları ise apne, kusma, ishal, bilinç durumu değişiklikleri, ateş, döküntü, alerjik deri lezyonlarıdır. İngiltere'de alerji kliniklerine başvuran hastaların %5'inin, astım kliniklerine başvuran hastaların ise %1'inin bakım verenin yapay bozukluğu olduğu saptanmıştır (24).

Ülkemizde ilk defa 1995 yılında üretra taşları olan bir çocuk olgusu bildirilmiştir (25). Daha sonra açıklanamayan kanamalar, dışarıdan insülin enjeksiyonuna bağlı hipoglisemi ve koroziv madde içirilerek özefagusta sikatrisyel pemfigoid benzeri bulgular ortaya çıkarılan olgular bildirilmiştir (26, 27).

Munchausen by Proxy Sendromunun karakteristik özellikleri:

• Açıklanamayan ve sürekli tekrarlayan değişik bulguların özellikle bakıcının yanında ortaya çıkması,

• Çocuğun sağlık durumunun hastalık ve şikayetlerle ilişkili olmaması, fizik muayene ve laboratuar tetkiklerinin olağan saptanması

• Bakım verenin çevresi ve hastane çalışanları tarafından sevilen ve çocuğa "ideal bakımı sağlayan kişi" gibi görülmesi, sürekli çocuğun yanında olup içinde bulunulan durumla aşırı ilgilenmesi

• Standart tedavilere çocuğun uyum sağlayamaması (damar yollarının sık sık çıkması, ilaç verildikten sonra kusması vb.)

• Bakım verenin eski bir sağlık çalışanı olması veya sağlık eğitimi almış olması, ilgili konularda son gelişmelerle ilgili araştırmalar yapması (dergilerdeki ve internetteki bilimsel makaleleri okuması),

• Çocukta sık hastane enfeksiyonlarının görülmesi

• Bakım veren kişi çocuğun yanında iken çocukta konvülziyonu andıran morarma, solukluk, kasılma olması ve yapılan antikonvulsif tedaviye yanıt alınmaması

• Harhangi bir dolaşım ve solunum problemi olmadığı halde çocuğa pek çok kez yaşam desteği uygulanması

• Benzer durumların veya ölümlerin kardeşlerinde de olması

• Bakıcının histerik kişilik göstermesi

• Bu sendroma bağlı olarak diyabet, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, nörolojik anomali, konvülziyonlar, immun sistem bozuklukları ve ani bebek ölümü sendromu geliştiği kaydedilmiştir (11).

2.3.1.2.Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Bebeğin kollarından ve gövdesinden tutularak şiddetli bir şekilde sarsılması, sert bir şekilde havaya atılıp tutulması, ayaklarından tutarak hızlıca döndürülmesi, ayağa veya salıncağa konularak şiddetle sallanması vb. sonucu başının öne arkaya doğru hızlı hareketi ve kafatasının içinde beynin hızlı hareket etmesi ile beyin kanamaları, yaygın beyin ödemi gelişir. Genelde öfkelerini kontrol edemeyen erişkinler tarafından uygulanır. Çocuk fiziksel istismarının ağır bir formu olup 5 yaşa kadar, sıklıkla 6 aydan küçük bebeklerde görülmektedir.

Küçük yaşlarda zayıf olan boyun kaslarının sarsma sırasında başın aşırı hareketine izin vermesi sonucu, korteksten dural venöz sinüse uzanan kortikal köprü venlerinde yırtılmalara bağlı subdural kanama, nöroaksonal hasar ve retinal kanamaların görülmesi tipik klinik tablodur (28). Asıl nörolojik patolojiyi oluşturan etkenler; sarsma etkisi ile beyin omurilik ekseninin bozulmasına bağlı gelişen apne ve onu izleyen hipoksinin, beyin ödemine neden olarak kafa içi basıncı arttırması buna bağlı beyin perfüzyon basıncının düşmesi ile iskemi gelişmesi ve aksonal harabiyetin oluşmasıdır (4).

Kafatası kırıkları gibi komplike olmayan travmalar hariç tutulduğunda bir yaşın altındaki çocuklarda ağır kafa içi zedelenmelerin %95'i ve tüm kafatası zedelenmelerinin %64'ü istismara bağlıdır (29).

Araştırmalar istismara bağlı ölüm sebeplerinin başında "Sarsılmış Bebek Sendromu"nun geldiğini, bu duruma maruz kalan bebeklerin yaklaşık 3'te birinin öldüğünü, koma tablosu ile gelen olgularda mortalitenin %60'lara yükseldiğini, yaşayanlarda ağır mental gerilik, spastik kuadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu geliştiğini göstermiştir(30). Kötü prognoz belirtileri başvuru sırasında bilincin kapalı olması ve uzun sürmesi, entübasyon gereksinimi, düşük modifiye Glaskow koma skalası skoru, bebeğin 6 aydan küçük olması, başvuru sırasında yaygın retinal kanama bulunması ve ilk BT'de yaygın beyin ödemi olması gibi klinik bulgulardır. Pek çok olguda hayat kurtarıcı olacak olan çocuk

hastaya hizmet veren tüm sağlıkçıların konu hakkındaki bilgi ve farkındalığı, dikkati ve şüpheciliği olacaktır (31).

Kanada' da, 0-5 yaş arası "Sarsılmış Bebek Sendromu" tanılı 364 çocukla yapılan bir çalışmada hastaların % 60'ında klinik olarak önceye ait istismar bulgusu olduğu saptanmıştır (29).

2.3.1.3. Öykü ve Fiziksel Muayene Bulguları

Çoğu anne-baba veya bakıcı gibi yetişkinler tarafından verilen öyküde hekimi yanlış yönlendiren bilgiler verilmektedir. Amaç genellikle istismarı gizlemektir. Çocuk, aile bireyleri ve bakıcıdan tek tek öykü alınması en doğru olandır. Çocukların hayal dünyasının çok geniş olması sebebiyle söylediklerine şüphe ile yaklaşılması, olmayan bir olayı olmuş gibi anlatacakları düşüncesi yanıltıcı olmaktadır. Zira istismara uğrayan çocuklar genellikle sessiz kalmakta ya da söylediklerini daha sonra inkar etmektedirler (32).

İstismara uğrayan çocuğa güven ve destek verici, anlayışlı davranışlarla güçlü ve bilinçli işbirliği oluşturulması hukuki, tıbbi ve sosyal sürece fazlasıyla yararlı olacaktır. Öykünün kayıt edilmesi ileri dönemlerde hukuki delil olarak da kullanılabileceğinden çok önemlidir.

Fizik muayeneye başlamadan önce çocuğa yapılacak işlemler anlayacağı bir dille anlatılmalıdır. On iki yaşından küçük çocuklarda muayene için ailenin onamı alınmalı, daha büyük çocuklarda hem ailenin hem de kendi onamı alınmalıdır. Muayenede çocuk tamamen soyulmalıdır. Çocuğun değerlendirilmesi tam yapılmalı, büyüme parametreleri ölçülmeli ve persentilleri kaydedilmeli, gelişimsel, davranışsal, mental ve duygusal durum araştırılmalıdır (33, 32).

Çocuğun daha sonra gerekirse bir kez daha muayene edilerek yıpranmasına engel olması açısından muayene bulgularının fotoğraflanması önemlidir. Çocuğun yüzü ile birlikte görüntü alınan fotoğrafların arkasına çocuğun adı, tıbbi kayıt numarası, tarih, saat, anatomik bölge, fotoğraf çekenin adı soyadı ve imzası ile mümkünse hukuki görevlinin de kimliği ve imzası olmalıdır. Genelde fotoğraflar polis veya çocuk koruma merkezleri tarafından çekilir, bazen bu görev sağlık personeli veya hekime düşebilir. Bu fotoğraflar emniyetli bir şekilde olgunun diğer bilgileri ile birlikte korunmaya alınmalıdır (11).

Fotoğraflamak mümkün değil ise, vücut diyagramları kullanılarak veya bir şekil çizilerek, bulguları bu şekil üzerinde ayrıntılı olarak göstermek gerekir. Ekimozlarda renk skalası kullanmak, yaralar, lokalizasyonları, boyutları, şekilleri, yönleri ve açılarını içerecek şekilde tanımlamak daha iyi kaydetmek için mutlaka yapılmalıdır (32, 34). Çocuk baştan aşağı muayene edilirken davranışları, komutları izleyip izlemediği, aile ile iletişimi dikkatlice incelenmelidir. Çocuğun kardeşleri varsa onların da muayene edilmeleri için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (1985) nün çocuk ve yetişkinin şiddet ve istismar olarak kabul etmediği ancak çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini etkileyecek bütün edimleri istismar olarak kabul etmesi nedeniyle çocuğa zarar verecek nitelikte olan tüm kültürel uygulamalar istismar olarak değerlendirilir. En sık rastlanan fiziksel istismar şekli dayak atmadır ve kültürel olarak eğitim amacı olarak da kullanılmaktadır. Bazı bölgelerimizde tedavi amaçlı kullanılan Şişe çekme (cupping), Çimdikleme (Pinching), Metal sürtme (Coining), Damgalama, Kan Akıtma-Damar Açma, Penisin Bağlanması da istismar sayılan kültürel yöntemlerdendir(20).

2.3.1.3.1. Deri Bulguları

Ekimozlar: Ekimozlar eğer kemiklerin çıkıntılı kısımlarında ise (diz, tibia ön yüzü, çene, bilek ve alın bölgeleri gibi) kaza sonucu oluştuğu ön görülürken; yumuşak doku, sırt ve kalça bölgesi, saçlı deri, oksipital bölge, dizin arka kesimlerindeki ekimozlar şiddet göstergesidir. Tuvalet eğitimi sırasında veya altını ıslatan çocuklara uygulandığında veya cinsel tacize bağlı olarak ise kalça ve uyluk kısmında ve genital organlarda da ekimoza rastlanır. Şiddet sırasında alet kullanılmışsa, ekimozun şekli alet hakkında bilgi verir.

Farklı iyileşme evrelerinde birçok ekimozun bulunması, çocuğun sürekli travmaya maruz kaldığını göstermektedir. Ekimozun yaşının anlatılan öykü ile uyumlu olup olmadığı araştırılmalıdır (32).

Sıyrıklar: Kaza sonucu oluşan sıyrıklar daha çok diz ve dirsekte oluşmakta olup, yüzde, dudaklarda ve ağız içindeki sıyrıklar(tokat, yumruk), belirli bir şekil/patern gösteren sıyrıklar, birbirine paralel fazla sayıda sıyrık(kemer ya da iple vurulma), tırnak veya el izi olan sıyrıklar istismar açısından incelenmelidir.

Isırık İzleri: Dişin anatomisine uyumlu olarak oval veya eliptik lezyonlar tam ısırıklarda görülür. Tam olmayan ısırıklar ise genellikle karşılıklı iki yarım daireden oluşmaktadır. Tüm ısırıklarda diş izleri görülebilir ya da dental ark devamlı lineer bir çizgi şeklinde izlenebilir (30).

Ailelerin, "ısırık izlerini küçük kardeş veya evdeki evcil hayvan tarafından yapıldığı" iddialarına karşılık dental ark boyutlarının dikkatli bir şekilde ölçülmesi, ısırık izinin bir erişkine, başka bir çocuk ya da hayvana ait olup olmadığının saptanabilmesi için yapılması gereken en doğru işlemdir. 8 yaştan küçük çocuklarda köpek dişleri arası mesafenin 2,5 cm'den daha az olduğu, hayvan ısırıklarının görünümünün genellikle insan ısırıklarından daha dar ve daha derin olduğu bilgileri ayırt etmede önemlidir (35).

Yanıklar: Kaza sonucu oluşan yanıklar en sık iki yaş altı çocuklarda görülüp küçük, kenarları ve derinlikleri düzensiz ve asimetrik şekilde olurlar. İstismar amaçlı yanıklar ise daha düzenlidir ve cismin şekli daha düzgün sınırlı olarak izlenir ve genelde çocuklar üç yaş ve üstündedir (36).

Yanıklarda büllerle birlikte ellerde ve ayaklarda bilateral, simetrik, eldiven çorap tarzı yanıklar, zorla sıcak suyun altına tutma ve / veya haşlama tarzı istismarın belirtileridir. Yanıklar simetrik olarak perine ve kalçada yerleşim gösteriyorsa özellikle istismarı düşündürmelidir (36).

Sigara yanıkları eller, kollar, baş ve boyun gibi elbisesiz bölgelerde; sıcak zeminde sürüklenme sonucu oluşan sürtünme yanıkları ise kemik yapının olduğu yerlerde daha fazla görülür (36, 37).

Saç Kaybı: İstismarcının saç çekmesi, çocuğu saçından tutup itip kakması sonucu saçlar dökülebilir, uzun süreli çekmeye bağlı olarak saçlı deride kanama alanı oluşabilir. (32)

2.3.1.3.2. İskelet Sistemi Bulguları

Kemik lezyonları ya da kırıklar, istismarın ciddi boyutlarda olduğunun göstergesidir ve 3 yaş altındaki çocuklarda görülen her kemik kırığında istismar araştırılmalıdır. Radyoloji istismarı belirlemede yardımcı olur; istismarın en tanımlayıcı bulgusu köşe kırığı (corner fracture) veya kova sapı kırığı (bucket handle fracture) adlı epifizyometafizyel lezyonlardır.

Ayrıca posterior kosta kırıkları, skapular kırıklar, spinöz proses kırıkları ve sternal kırıklar, çoklu kompleks kafatası kırıkları da kaza ile oluşma olasılığının düşük olmasından dolayı çocuk kötüye kullanımında tipiktir (4). Kaza sonucu oluşan kafatasındaki kırıklar genelde lineer, unilateral, ve parietal kemiktedir. İstismar sonucu oluşan kafatasındaki kırıklar ise bilateral, çökme kırığı şeklinde, parietal kemik dışında diğer kemikleri içeren ve sütürleri geçen ve diğer lezyonlarla birliktedirler.

2.3.1.3. Santral Sinir Sistemi Bulguları

İstismara uğramış çocuklarda kafa travmasını takiben meydana gelen ölümlerin en sık sebebi, kafatası kırığı ile birlikte olan ya da olmayan subdural kanamadır. Önemli bir kısmında da neden intrakraniyal basıncın artması, meningeal kanama ya da görünür beyin hasarıdır. Aşırı ağlama, emmeme, irritabilite, letarji, konvülziyon, koma, hiper veya hipotonisite, bradikardi, apne veya kalp ve solunum durmasına varan bulgular verebildiği gibi ciddi intrakraniyal hasara karşılık klinik bulgu görülmeyebilir (37).

2.3.1.4. Göz Bulguları

Göz lezyonları fiziksel istismara uğramış çocukların yarısına yakınında görülür ve %4-6'sı göz bulguları nedeniyle başvururlar. Periorbital ekimoz, katarakt, lens subluksasyonu, subkonjonktival kanama, optik sinir hasarı, şaşılık ve retinal kanamalar bu göz bulguları arasındadır. Retinal hemorajiler özellikle sarsılmış bebek sendromunda tipiktir ve saptanan her olgudan beyin tomografisi istenmelidir. İstismar şüphesi bulunan çocuklara ayrıntılı göz muayenesi yapılması, istismarın atlanmaması ve erken tanısı için oldukça önemlidir (38, 20).

2.3.1.5. Kulak Yaralanmaları

Dış kulak, kulak kanalı ve kulak çevresi de muayenede dikkatlice incelenmelidir. Bu bölgedeki kanama, kızarıklık ve şişlik, kulağa ciddi bir travma olduğuna işaret eder (39). Tek kulakta morarma, tek taraflı beyin ödemi, tek taraflı subdural kanama ve retinal kanamanın görüldüğü teneke kulak sendromu, şiddetli sarsma ve darbe yaralanmaları ile birlikte görülür ve fiziksel istismara işaret eder (20).

2.3.1.6. İç Organ Yaralanmaları

İstismara uğramış çocuklarda santral sinir sistemi yaralanmalarından sonra ikinci ölüm nedeni karın yaralanmaları sonucu oluşan iç organ laserasyonu ve rüptürleridir. Ağır karın içi yaralanmalarda dahi klinik yavaş gelişebilir, gizli kalabilir. En çok zarar gören organ karaciğer olup her iki lobdaki derin yırtıklar en sık oluşan lezyondur. Nadir olarak görülen karaciğer dokusundaki kopmalar hemoperitoneuma yol açarak ölüme neden olabilirler (37). Travma sonrası oluşan batın içi kanama, organ laserasyonları ve sepsis bulguları ile getirilen her çocukta istismar düşünülmeli ve buna yönelik inceleme yapılması gereklidir.

2.3.1.7. Fiziksel İstismara Bağlı Ruhsal Bulgular

Şiddet mağduru olan çocuklarda görülen korku dolu, çekingen, güvensiz ve tehlikeye karşı hazırlıklı olma, fiziksel yakınlıktan kaçınma, eve gitmekten korkma, hayvanlara, akranlarına, kardeşlerine ve yetişkinlere karşı fiziksel olarak şiddette bulunma, öfkeli tepkiler ve suç davranışı sergileme, madde kötüye kullanımı gibi davranış değişiklikleri ve farklı alışkanlıklar; oyun ya da resimlerinde agresyon temalarının olması, uyku problemleri, kâbuslar ve intihar eğilimi gibi ruhsal belirtiler hekimler için uyarıcı olmalıdır (40, 41, 42).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda çevreye karşı aşırı ilgisizlik, arkadaşlık kurmada ve ikili ilişkilerde sorunlar, içe kapanma, çekingen davranışlar sergileme, hayattan beklentilerinin olmaması gibi çocuğun toplumdan izole olmasına yol açacak sonuçlar; beraberinde ergenlerde depresyon, sigara, alkol, esrar ve uçucu madde kötüye kullanımı ve şiddet içerikli davranış sergileme, suç davranışı ve tutuklanma riskinin arttığı gösterilmiştir (43, 44, 45, 46).

Çocukken aile içi şiddet ve fiziksel istismara maruz kalan erişkinlerde, bir savunma mekanizması olarak geliştirilen dissosiyatif kimlik bozukluğu(çoğul kişilik) görülebilir. Fiziksel şiddeti problem çözme yolu olarak benimsemelerinden dolayı da fiziksel şiddet uygulayan bir eş ve ebeveyn oldukları oldukça açıktır (47).

Şiddet mağduru çocuklarda yeme bozukluklarına yol açarak ilerleyen yaşlarda obezite gibi kronik fiziksel hastalıklara yakalanma riski artmaktadır (48).

2.3.2.Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuğun kendisinden en az 6 yaş büyük bir kişi tarafından cinsel doyum için zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başka birisinin bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesidir (49).

Çocuğu yasa dışı bir cinsel eyleme zorlamak ya da ikna etmek, fuhuş ya da diğer yasa dışı cinsel eylemler için sömürmek, pornografik gösteriler ve materyaller için sömürmek çocuğun bu amaçla zorlanıldığı konuların sadece bazılarıdır. Psikososyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük bir çocuğun bir erişkin tarafından cinsel doyum için kullanılması başka bir cinsel istismar tanımının özetidir (30).

Cinsel istismarla ilgili çok sayıda tanımın yarattığı karışıklığı önlemek için NCCAN'nın (Amerikan Ulusal Cocuk İstismarı ve İhmali Merkezi) 1991'de yayınladığı "Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel stimulasyonu icin kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir" tanımı benimsenmiştir (50).

Hukuksal boyutta cinsel istismar deyiminden: 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilen hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuklara karşı ve diğer çocuklara karşı sadece cebir tehdit, hile veya cebir veya iradeyi etkileyen başka bir nedenle gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış anlaşılır (11)

Cinsel istismar fiziksel temas içeren (okşama, cinsel girişim) ve içermeyen (teşhircilik, pornografik film izletme, yaşına uygun olmayan cinsel eğitim verme, çocuğun gözünün önünde cinsel eylemin gerçekleşmesi) olarak ayrılır (51).

İki çocuk arasındaki cinsel içerikli eylemlerde her iki çocuk da 4 yaşın altında ya da iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 yaştan az ise ve çocuklar eylemi tam olarak kavrayacak olgunlukta değilse bu durumun cinsel oyun olarak değerlendirilmektedir (52).

Cinsel istismar kurbanı çocuklar; istismarcı ebeveynleri ya da yakınları ise aile içinde kargaşa, parçalanma vb. problemler yaşayacakları için, sevdiklerinin ve kendisinin zarar göreceklerini, hiç kimsenin kendilerine inanmayacağını, anne babalarının ve sevdiklerinin gözünde değerlerini kaybedeceklerini, etiketleneceklerini düşündükleri için, tehditle

sindirildikleri için veya cinsel istismarı anlama-anlatma yetileri tam olarak gelişmemiş olduğundan, yaşadıkları istismar olayını anlatamazlar.

2.3.2.1.Ensest

Birbirleri arasında kan bağı bulunan, çoğu kültürde yasal ya da yasal olmayan kurallarla cinsel birliktelikleri yasaklanmış olan kişilerin cinsel ilişkide olma durumunu ifade eden bir terimdir. Her toplum ve statüde çocuklar cinsel istismara uğrayabilmekte ve bu duruma sebep olan aile bireyleri, ebeveynleri, ağabey ve ablaları ya da dayı, amca vb. güvendiği sevdiği kişiler olabilmekte; çoğu zaman da gizli kalmaktadır. Bildirimi yapılan ensest vakalarının ise gerçekte yaşananın yalnızca % 33'ü olduğu gösterilmiştir (53).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada ensest saldırılarında %57 öz babalar, %4 öz ağabeyler, %13 yakın akrabalar, %26 ise ikinci derece akrabalar zanlıdır (54). ABD'de 1972 yılında yapılan çalışmada 200000–300000 kız çocuğuna cinsel temas ve 5000 baba-kız ensest ilişkisi saptanmıştır. İnsidans daha yüksek olsa da, fiziksel istismara göre tanınması daha güçtür. Yarattığı hasar daha yüksek oranla psikolojiktir (55).

2.3.2.2 Pedofili

APA (Amerikan Psikoloji Derneği) tarafından şu kriterlerle belirlenmiştir;

- En az 6 aylık bir süreyle, geçici olmaksızın, tekrar eder şekilde, ergenlik dönem öncesi çocuklara (genel olarak 13 yaş ve altı) karşı yoğun şekilde cinsel uyarılmaya varan fanteziler, cinsel istek ve bu kişilerle cinsel faaliyet içeren davranışlar sergilemek,
- Kişinin bu tür fantezileri, cinsel istekleri ve davranışlarının klinik açıdan önemli derecede zor bir duruma neden olması veya sosyal, mesleki veya diğer önemli faaliyet alanları açısından bozulmaya neden olması (56),

Pedofiller sosyal ortamlardan izole yaşamaz, aksine toplumun ve ailenin güvendiği biri; öğretmen, danışman, üst düzey yönetici, spor hocası, servis şoförü, fabrika işçisi, din adamı veya doktor vb. olabilir. Eylemlerini toplu yerleşim merkezlerinde, çocukların bulunabileceği, bildiği ve güvendiği her yerlerde gerçekleştirmeye çalışırlar. Bu kişiler pedofili eğiliminden söz etmez ve bu eğilimini açıkça göz önüne sermezler. Empati yeteneğinden yoksun, narsist, sadist, disforik, pasif-agresif kişilik yapılarının yanı sıra

tamamen sağlıklı ve bilinçli olup çocukların seks partneri olmalarını savunan kişiler de vardır. ABD Adalet Bakanlığında karşılaşılan pedofili olgularının savunma örüntülerini incelendiğinde; kullanılan savunmalar genellenerek inkâr ("çocuğu kucaklamak suç mu? " vb.), küçümseme ("sadece bir kez oldu," vb.), akla yatkın hale getirme ("erkek çocuklardan hoşlanan biriyim", "çocuk sapığı değilim" vb.), uydurma ("araştırma projesi için kullanıyorum" vb.), saldırma (çocuğa, polise, doktora vb.) olarak beş başlık altında toplanmıştır (57, 58).

Cinsel istismar yüksek oranda tekrarlama riski olan, çocuğu, ailesini, toplumu olumsuz etkileyen çok önemli bir toplumsal sorundur. İstismarın erken teşhisi; istismarın durdurulması, destek sistemlerinin hızlı bir şekilde devreye girmesi, çocuktaki yükün azalması ve psikolojik gelişimin daha az zedelenmesi ile uzun dönemde sağlıklı bir yetişkin olmasına olanak tanımaktadır (59).

2.3.2.3 Cinsel İstismarda Öykü ve Muayene Bulguları

Hekim, çocuktan aldığı öyküyle cinsel istismar olasılığını düşündüğü takdirde cinsel istismar tanısı koyabilir. Cinsel istismar tanısı çoğunlukla öyküyle koyulmaktadır.

Çocuğun rahat edeceği bir ortamda, uygun bir dil ve tavırla, ek travma yaşamasına sebep olmadan yeterli zaman ayrılıp sabırlı davranılarak, iyi bir iletişim kurarak, çocuğun güvenini sarsmadan yönlendirici sorular ve olaya yönelik direkt sorular yerine açık uçlu sorularla olayı daha rahat öğrenmek mümkündür. Çocuktan resim çizmesini istemek ya da bebek gibi araçlar kullanmak konuşma ya da iletişim zorluğu çeken çocuklarda iletişimi kolaylaştıracaktır.

İstismar uygulanmış olsa da muayene sonuçları normal olabilir, bu durum istismar teşhisini dışlamaz; zira cinsel istismar şüphesi ile muayene edilen çocukların yarısından fazlasında herhangi bir fiziksel bulgu saptanmamaktadır (11).

2.3.2.3.1. Fizik Muayene Bulguları

Fizik muayene öncesi muayene hakkında bilgi verilip çocuk ve anne-babadan onam alınmalıdır. Beyaz bir kağıt üzerine çocuğun giysileri çıkarılıp eşyalar ve iç çamaşırlar poşetlere konmalı, üzerine tarihin, saatin, çocuğun ve muayene eden hekimin isimleri yazılmalıdır.

Muayene esnasında çocuğun annesi ve/veya onu muayeneye getiren aile bireyinin de yanında olması gerekmekte, ergen olanların ise annelerini muayene sırasında yanlarında isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Cinsel istismara fiziksel istismar eşlik edebileceğinden, fiziksel istismar olgularında cinsel organlar da muayene edilmelidir.

Ayrıntılı genel muayene yapılmalıdır. Çocuğun genel durumu, hijyeni ve ruhsal durumu değerlendirilmelidir. Genital muayene, fizik muayenenin son evresi olmalıdır.

Tüm vücutta, özellikle ağız, boyun, göğüs, kalça ve genital bölge çevrelerinde gözlenen her türlü ekimoz, çizik, yanık, ısırık veya tırnak izleri, anal veya genital bölgede yırtılma ve kanama, enfeksiyon ya da akıntı, anal dilatasyon (ilaç etkisi altında olmadan ve ampullada dışkı olmaksızın >20 mm genişlik), viral kondilomlar, gebelik; özellikle dikkat edilmesi ve kayıt edilmesi gereken bulgulardır.

Kesin tanı semen veya sperm veya asit fosfataz pozitifliği, pozitif gonore kültürü, sifiliz, HİV pozitifliği ile konulmaktadır. Fizik muayene bulguları (sıyrık, ezik, çürük vb.) ancak pozitif öykü ve spesifik laboratuar bulguları eşliğinde tanıda yardımcıdır. Vajinal penetrasyon görülen olgularda çok büyük bir travma söz konusudur, muayene ve tedavi için ameliyathane ve genel anestezi gereklidir. Teknik olanaklar ve deneyim eksikliği durumunda çocuğun muayenesinin ve tedavisinin daha geniş olanakların bulunduğu bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanına veya adli tıp uzmanına gönderilmesi çocuğun tekrar tekrar muayenesini engelleyecektir (60, 61).

2.3.2.3.2. Ruhsal ve Davranışsal Bulguları

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda alışılmadık korkulu ya da içe dönük, bebeksi davranışlar, saldırganlık, endişe, sinirlilik, fobik tepkiler, ağlama ve bağırma tarzında öfke nöbetleri, fiziksel ve sosyal gelişimde gerilik, uyku düzeninde bozulmalar, uyuyamama ve kabus görme, gece işemeleri, dışkı kaçırma, parmak emme, okul ve ev yaşamındaki uyumun

bozulması, ders başarısının azalması, ağır depresyon ve intihar düşüncesi/girişimi görülebilir. Yaş ile uyumsuz cinsel davranışlar, cinsel kimlik ile ilgili sürekli zihinsel yorgunluk, cinselliğe karşı alışılmadık bir ilgi ya da cinsellikle ilgili her şeyden kaçınma, yaş ile uyumsuz cinsel bilgilenme ve arkadaşlarına cinsel aktiviteleri öğretme hevesi, ilerleyen yaşlarda cinselliğin tamamen reddedilmesi ya da rastgele cinsel ilişkiye girme, çocuklara yönelik cinsel istismarda bulunma da istismara uğrayan çocuklardaki sık görülen davranışlardır. Okuldan/evden kaçma davranışı, suç işleme, fuhuş, madde bağımlılığı, alkol ve/veya uyuşturucu bağımlılığı, kendine zarar verici fiziksel davranışlar, psikopatik eğilimler sıkça görülen diğer bulgularıdır (11).

Ailenin sosyokültürel düzeyi, ailenin istismarı öğrendikten sonraki ele alış biçimleri, sosyal destekleri, eşlik eden diğer istismar türlerinin *(fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal)* olup olmaması, ruhsal desteğin hemen alınıp alınmadığı gibi değişkenler de oluşabilecek ruhsal bozukluk tablosu için belirleyici olmaktadır.

Cinsel istismarın temas içermesi ve penetrasyonun varlığı, tekrarlanması, cinsel istismara uğrayan çocukla istismar eden kişi arasındaki yaş farkının fazla olması, tanıdık ya da aile içinden biri olması, cinsel istismarda tehdidin kullanılması ve şiddetin varlığı geç dönem ruhsal bozukluklar açısından kötü prognostik etmen olarak bildirilen durumlardır (62, 63).

Çocuk cinsel istismarının tanısı, çocuğun muayenesi ve ruhsal değerlendirilmesi hukukçular ve Sosyal Hizmetler Kurumu ile işbirliği içinde çalışan bir multidisipliner ekip kararı ile konulmalıdır. Çocuğun yapılan değerlendirmelerden daha önce yaşamış olduğu cinsel örselenmenin hatırlatıcı, yeniden yaşantılandığı gerçeği nedeniyle bu konuda multidisipliner çalışmanın ve bu konuda eğitilmiş uzmanlardan yardım almanın önemi büyüktür (20).

2.3.3. Duygusal İstismar

Çocuğun duygusal istismarı, gündelik yaşamda en sık rastlanılan çocuk istismarı türü olmasına karşın fark edilmesi, tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanması zordur.

UNICEF'e göre çocuğun nitelik, kapasite ve isteklerinin devamlı kötülenmesi, sosyal ilişkiden mahrum bırakılması, çocuğun sürekli olarak, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya

da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismardır (64).

Çocuk İstismarı Konusunda Amerikan Profesyonel Kuruluşu (American Professional Society on the Abuse of Children, APSAC)'a göre sözel ve sözel olmayan aşağılama, azarlama, dışlama; tehdit edici, çocuğu ve sevdiklerini tehlikeye sokucu davranışlar; çocuğu uygun olmayan davranışlara teşvik etmek (örneğin hırsızlık); çocuğu duygusal karşılıktan mahrum bırakmak (çocuğun duygusal gereksinimini hiçe saymak; çocuğa pozitif duygulanım gösterememek, çocukla etkileşimde duygu gösterememek); çocuğu akranlarıyla ya da yetişkinlerle iletişim ve etkileşimi için fırsat yaratmayarak izole etmek; çocuğun mental, sağlık, tıbbi ve eğitimsel alanlardaki temel gereksinimlerini karşılamamak duygusal istismar ve ihmal unsurlarını birlikte içerir. Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada çocuğa bağırmak % 75-80 oranında en sık görülen duygusal istismar olarak saptanmıştır (65).

Duygusal istismar, genellikle çocuğun yakın çevresinde bulunan, çocuğun üzerinde otorite sahibi kişi ya da kişiler tarafından (ebeveyn, abla, ağabey, öğretmeni vb.) gerçekleştirilir. Duygusal istismar fiziksel ve cinsel istismar gibi somut bulgular bırakmaz fakat çocuğu psikolojik olarak derinden etkiler ve duygusal hasarın etkileri çocukta uzun süre devam eder (66). Doğumda normal olan çocuklardaki organik nedeni olmayan büyüme gelişme geriliği, duygusal istismarın ve ihmalin en somut göstergesidir. Bu tip çocuklarda enürezis, enkoprezis, tekrarlanan karın ağrıları gibi çeşitli psikosomatik belirtilerin görülmesine karşın bu bulguların kesin tanı kriterleri olmadığı unutulmamalıdır. Öz benlik saygı düşüklüğü, pasif davranışlar, yetişkinlerden korkma- kaçınma davranışları, öğrenme güçlüğü, okuldan kaçma, ileri dönemlerde alkol bağımlılığı, hırsızlık gibi davranışlar görülmektedir (67).

2.3.4. Ekonomik İstismar

Çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ya da çalıştırılması ekonomik istismar olarak tanımlanmaktadır (68). Gelir dağılımında giderek artan adaletsizlik, yaygınlaşan yoksulluk, köyden kente hızlı göçler ve bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ve ekonomik sorunlar, kaçak işçiliğin artması, çocuk emeğinin ucuz olması ve işverenin ucuz işgücünü tercih etmesi sonucunda çalışan ya da çalışma yaşamına zorlanan çocuk sorunu ortaya çıkmaktadır (69).

Türkiye İstatistik Kurumu 2014 raporuna göre 2012 yılı istihdam edilen 6-17 yaş çocuk oranı %5,9 olup %52,6'sı ücretli veya yevmiyeli, %1,1'i kendi hesabına, %46,2'si ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. İstihdam edilen çocukların %34,5'i okula devam etmemektedir ve %44,7'si tarım, 24,3'ü sanayi, %31,0'ı hizmet sektöründe çalışmaktadır. Çalışma nedeni olarak en fazla %41,4 ile hane halkı gelirine katkıda bulunmak ve %28,7 ile hane halkının ekonomik faaliyetine katkıda bulunmak gösterilmiştir (70). Çocukların küçük yaşlarda, uzun süre ve uygun olmayan çalışma koşullarına sahip işyerlerinde çalışmaları onların gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

2.3.5. İhmal

Çocuğun bakımı, korunması, güvenliği, beslenmesi, giyim ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması, sağlığının korunması ve tıbbi bakımından, gözetiminden ve desteklenmesinden sorumlu kişilerin çocuğun bu temel gereksinimlerini ihmal etmesi ve/ veya karşılayamaması sonucu gelişiminin ve güvenliğinin zarar görmesidir (71). Başka bir deyişle pasif çocuk istismarıdır. İhmal eden çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler, çocuğun ebeveyni veya aile fertlerinden biri, çocuğun bakıcısı, çocuğun bakımını ve sorumluluğunu almış ilgili kurumlar ya da devlet olabilir.

Çocuk ihmali tipleri:

2.3.5.1. Fiziksel İhmal; yaşam için gerekli temel ihtiyaçların karşılanmaması olarak tanımlanabilir. Çocuğun yaşadığı evin temiz olmayan, bakımsız olması, kaza yönünden riskler taşıması, yaşı küçük olmasına karşın evde yalnız ya da denetimsiz bırakılması; beslenme, giyim, kişisel hijyen ve bakımlarının yetersiz olması sık sık hastalanma, zehirlenme ve ölümle sonuçlanmaktadır.

2.3.5.2. Tıbbi İhmal; çocukların koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılması, sağlık çalışanlarının katkıda bulunduğu ihmal (sağlık çalışanlarının hasta yakınları ile yeterli iletişimlerinin kurulmadığı veya yenidoğan bebeğin hastanelerde ihmale uğrayarak çeşitli hastalıklar veya sakatlıklara sebebiyet verilmesi gibi durumlar) olarak genellenebilir. Doğumdan sonra bebeğin düzenli sağlık izlemlerinin yapılmadığı, aşılarının eksik ya da hiç

olmadığı, çocukta büyüme geriliği ya da şişmanlık saptandığı durumlarda tıbbi ihmal araştırılmalıdır.

2.3.5.3. Eğitim İhmali; çocuğun eğitim imkanlarından yararlanmasını engelleme, eğitim ihtiyaçlarını önemsememe, okul devamsızlıklarına izin vermek veya eğitim ve okul sorunları ile ilgilenmeme gibi durumları kapsar.

2.3.5.4. Duygusal İhmal; çocuğun ihtiyacı olan ilgi ve duygusal bağdan, destek ve korumadan mahrum bırakma, dışlama, önemsememe sonucu zihinsel ve duygusal gelişimini engellemektedir.

2.3.5.5. Cinsel ihmal; çocuğun yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, cinsel sömürüye karşı korunmaması ve ilgisiz kalınması, cinsel gelişime gereken önemin verilmemesi, ev içinde yaşanan cinselliğe çocukların şahit olmamaları için tedbir alınmaması sonucunda çocuklarda davranış bozuklukları görülmektedir (72).

2.4. Epidemiyoloji

ABD'de 2002 yılında çocuk koruma servislerine bildirilen 3 milyon istismar vakası bulunmaktadır. Bunlardan 896.000 vaka kanıtlanmış olup, bu da 1000 çocukta 12,3'e karşılık gelmektedir. Şüpheli vakaların dağılımı ise %60 ihmal, %20 fiziksel istismar, %10 cinsel istismar, %7 duygusal istismar'dir (4).

UNICEF'in teknik destekte bulunduğu SHÇEK'un koordinatörlüğünü yaptığı Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması/Özet Rapor 'a göre, Türkiye'de 7-18 yaş arası çocuklar aile içinde %51 duygusal, %43 fiziksel istismara, %25 ihmale ve %3 cinsel istismara maruz kalmaktadırlar (73).

2010'da %64'ü erkek, %41'i kadın 988 üniversite öğrencisinin katılımıyla yapılan bir araştırmada, %53,3'ü çocukluk döneminde ev içinde tekmelenme, yumruklanma, itilip düşürülme, yakılma, diş kaybı, kemik kırılması gibi sonuçları olan şiddet olayları yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu şiddet, anne baba başta olmak üzere kardeşler ve evdeki diğer bireyler tarafından uygulanmıştır. Her beş çocuktan biri (%22.6) bu şiddetin disiplin

tesisi için, %15.9'i bir konuda ders olsun diye, ve %16.1'i saygı tesis etmek için uygulandığını bildirmişlerdir (74).

ABD'de Ulusal Çocuk İhmal ve İstismarı Veri Sistemi (NCANDS) 'nin 25. Yılına özel yapılan araştırmada çocuk koruma merkezlerine 2014 yılında bildirilen 3,6 milyon ç.i.v.i vakası vardır. 2011'de vakaların %78,5'i ihmal, %9,1' i cinsel istismar iken, benzer şekilde 2014'te %75'i ihmal, %8,3'ü cinsel istismardır (75, 76).

İran'da ortaokullarda yapılan bir araştırmada çocukların %93.5inin istismara uğradığı, %83,8 ile ihmalin en sık görüldüğü, daha sonra izleyen sıklıklarla duygusal, fiziksel ve cinsel istismara uğradıkları belirtilmiştir (77).

2014 yılında ABD'de şüphelendikleri vakaları bildiren kişilerin yaklaşık 3/5'i kamu çalışanlarından oluşmaktaydı. Bunların %18,1'i adli çalışanlar, %17,7'si eğitim personelleri, %11'i sosyal hizmetler çalışanları idi. Arkadaşlar, komşular veya akrabaları tarafından bildirilen vaka oranı %18,6, %18,7'si de sınıflanamayan gruptaydı. Bildirilen yaklaşık 3,2 milyon çocuğun en az bir istismar raporu vardı. %83.7'sinin bir, %12,6'sının iki, %3,7'sinin üç veya daha fazla raporu vardı. 51 şehirde bildirilen 522.945 failin %83,2'si 18-44 yaşları arasında; %54,5'i kadın, %44,8'i erkekti.%8'e yakının hakkında birden çok rapor vardı.%61,5'inin bir kurbanı; %22,5'inin iki kurbanı; %16'sının üçten fazla kurbanı bulunmaktaydı (76).

2014 yılında ABD'de Ç.İ.V.İ nedeniyle tahmini 1580 çocuk ölmüştür ki bu oran ülkedeki her 100.000 çocuktan 2.13'ünü gösterir. Bu sebeple ölen çocukların yaklaşık ¾'ü (%70,7) 3 yaşından küçüktür (76).

Ölüm oranları İspanya'da 100.000'de 0.1, Meksika'da 100.000'de 2.3, Portekiz'de 3.7 dir. Gelişmemiş ve/ veya gelişmekte olan ülkelerde bu oranların yüksek olması beklenen bir durumdur (78).

Eylül 2009'dan Ocak 2013'e kadar sürdürülen "Çocuk İstismarı ve İhmali Balkan Epidemiyolojik Araştırması" projesi (B.E.C.A.N) kapsamında Yunanistan, Arnavutluk, Bulgaristan, Bosna Hersek, Hırvatistan, Makedonya, Romanya, Sırbistan ve Türkiye'de yapılan çok merkezli çalışmada 11, 13, 16 yaş grubu çocuklarda çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve sıklığı araştırılmıştır. Çocukların kendi beyanlarıyla yapılan BECAN kapsamlı araştırmaya göre; psikolojik istismar %70.58, fiziksel istismar %58.38, ihmal %42.62 oranlarında saptanmıştır. Bildirimlerin değerlendirildiği çocuk psikiyatri servislerinde

yapılan bir çalışmaya göre, çocukların %36'sı fiziksel olarak, %52'si de duygusal olarak istismar edilmektedir (79)

Türkiye'de araştırmaya katılan 7526 öğrenciden Psikolojik istismar için yapılan analizlerde en çok işaretlenen üç soru şu şekilde belirlenmiştir: "Biri sizi aptal, tembel ya da benzeri kötü sözler söyleyerek aşağıladı mı? (37,13%)", "Kendinizi küçük düşürülmüş hissedecek şekilde diğer çocuklarla karşılaştırıldınız mı? (34,71%)" ve "Sözlerinizi dinlemeyerek sizi görmezden geldi mi? (32,80%)"en sık maruz kalındığı bildirilen fiziksel istismar davranışlarının "kulak çekme" (%35,13), "tokat atma" (%28,57) ve "çimdikleme" (%26,04) olduğunu göstermiştir. İhmal alt ölçeğinde yer alan sorular arasında en sık karşılaşıldığı bildirilen soru "Kendinizi önemsiz hissettiğiniz oldu mu?" (%31,10) sorusu olmuştur. Erkekler kızlara oranla daha çok fiziksel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. İhmal ve pozitif disiplin yöntemleri için kızlar erkeklerden daha yüksek oranlar bildirmişlerdir.

9 Balkan ülkesinde psikolojik istismarın en çok görüldüğü ülke %83,6 ile Yunanistan, cinsel istismarın en çok görüldüğü ülke %18.68 İle Bosna Hersek, ihmalin en çok görüldüğü ülke %42.62 ile Türkiye olduğu gözlenmiştir (80).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), 218 milyon çocuğun çalışmakta olduğunu, bunlardan 126 milyonunun tehlikeli işler yaptığını tahmin etmektedir. 5,7 milyon çocuk çalışmaya zorlanmakta (zorla ve mecburi çalışma), 1,8 milyon çocuk fuhuş ve pornografi amaçlı çalıştırılmakta ve 1,2 milyon çocuk insan ticareti mağduru olmaktadır (12). Irmak (2008)'ın 12-17 yaş arasındaki ergenlerle yaptığı çalışmada fiziksel istismar oranı % 48, ihmal oranı % 17 ve cinsel istismar oranı % 8 olarak bulunmuştur (81). 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 (82).

Lazenbatt ve Freemann'ın İrlanda'da yaptıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı (Ç.İ.V.İ) farkındalığı çalışmasında, katılımcıların %74'u Ç.İ.V.İ vakalarının bildirimini bilmelerine karşın %79'u eğitim gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir (83).

Fanyuz'un çalışmasında çocuk istismar olgusu için bildirim yapan grubun meslekte daha deneyimli olan grup olduğu belirtilmiştir (84).

Borres MP ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, birinci basamak hizmet sunulan yerlerde çok daha düşük oranda olgu saptamakta olduğu ve bunun da ailelerle yakın ilişkide olan birinci basamak hekimlerinin, fiziksel istismara pediatristlerden çok daha fazla tolerans gösterdikleri şeklinde yorumlanmıştır (59).

Shor'un, İsrail'de Ç.İ.V.İ tanı ve bildiriminde pediatristleri hangi faktörlerin etkilediğini gösteren çalışmasında, Ç.İ.V.İ ile ilgili davranışlarının mesleki hayattaki deneyimleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Farkındalıkları az olan hekimlerin Ç.İ.V.İ konusunu daha az önemsedikleri belirlenmiştir (85).

Acık ve ark.'nın yaptığı çalışmada, Doğu Anadolu Bölgesi'nde çalışan pratisyen hekimlerin eğitim gereksinimleri belirlenmiş ve Ç.İ.V.İ nin tanımlanmasında, bildiriminde ve önlenebilmesi için bilgi-yetenek artırıcı müdahaleler önerilmiştir (86).

Bir uzmanlık tez araştırması hekimlerin %93,4'ü herhangi bir nedenle başvuruda Ç.İ.V.İ'ni göz önünde bulundurduğunu, %72,4 hekimin tanı koyduğunu, %27,6 hekim Ç.İ.V.İ tanısı koymadığını belirtmiş; büyük bir bölümü Ç.İ.V.İ'ni ayırıcı tanıda akılda bulundurmasına karşın en az üç yıllık eğitim süreleri olan hekimlerin %27,6'sı, dört yıldan fazla olanların ise %11,7'i hiç tanı koymamıştı. Bu durum daha çok, Ç.İ.V.İ bulgu ve belirtilerini tanıyamamakla açıklanabilir. Akılda bulundurup, yeterince emin olamadıkları için tanı koymadıkları ile ilişkilendirilebilir (87).

Borres ve Hagg'ın İsveç'te çocuk koruma merkezlerindeki pratisyen hekimler, çocuk hastanelerindeki pediatristler ve tıp öğrencileriyle yaptığı çalışmada şüphelenilen Ç.İ.V.İ vakalarının bildirilmemesinin büyük sebebinin 'sosyal hizmetlerin çalışmalarına itimadlarının eksik olması' olduğu ve hiç bildirim yapmayan grubu etkileyen nedenin raporlayan meslektaşlarına göre daha az mesleki deneyimi olduğu saptanmıştır. Buna karşılık, bildirim yapmayan birkaç hekimin on yılı aşkın süre mesleki deneyimi olması şaşırtıcıdır. Bir hekim de otuz yılı aşkın süredir çocuklarla çalışıp Ç.İ.V.İ bildirimi yapmamıştır (59). Aynı çalışmada, hekim gruplarının benzer bildirim tutumları izlediği saptanmıştır.

Van Haeringen ve ark. ise Avustralya'da genel pratisyenlerin bildirim hakkında pediatristler ve yerel halkla karşılaştırıldığında daha tedbirli olduğu saptanmıştır (88).

Çoğu olayda adli bildirim için aileyi ya da olguyu yönlendirmek uygun bir yöntem olabilir. Aile bu sorumluluğu alırsa terapötik ilişkinin sarsılma riski kalmaz. Ancak yasal

süreç istemeyen aileler için hekim bildirim zorunluluğu devam eder Olgu etik yönü ile değerlendirildiğinde hekimin rolü suçluyu bulmak değil hastanın tedavi hakkını sağlamak ve hastanın gizliliğini korumak olmalıdır. Bu bilinçle yola çıkıldığında hekimler arasında pek çok çelişkili tutum olması şaşırtıcı olmamaktadır. Ancak hekimlerin gizlilik ilkesi, istismar gibi suç unsuru olan konularda göz ardı edilmelidir. İstismar olayları genellikle süregendir, kurban ortamdan uzaklaştırılmadıkça yapılacak tedavi de anlamsızdır ve anlamsız tedavinin gizliliğinden bahsedilmemelidir (89).

Cinsel istismar için rapor edilen olgular, bilinen tüm olguların sadece bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu konuda ABD'de çocuğun cinsel istismarına yönelik yapılmış ulusal epidemiyolojik veri kaynaklarından birincisi ulusal sıklık çalışmasıdır (National Incidence Study: NIS 1-2-3-4) Bu çalışmada veriler, ABD eyaletlerindeki tüm koruyucu servisler, adli birimler, halk sağlığı merkezleri, hastaneler, okullar, gündüz bakım merkezleri, ruh sağlığı ve sosyal servislerden elde edilmiştir. Cinsel istismar insidansı ile ilgili çalışmalar karşılaştırıldığında 1980 ve 1986'da sırasıyla 0.7/1000 ve 1.9/1000 olan oranın, 1993'de 3.2/1000'ye yükseldiği, 2006'da bu oranın 1.8/1,000'e düştüğü görülmüştür.

Cinsel istismar konusundaki ikinci büyük veri kaynağı "Child Maltreatment 1998: Report from the States to the National Abuse and Neglect Data System" dir. Veriler çocuk koruma servislerinden elde edilmiştir. Çocuk koruma servislerinden elde edilen verilere göre 1998 yılında 1.6/1000 çocuğun cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir.

Üçüncü büyük ulusal epidemiyolojik çalışma verileri ise nüfus araştırmalarından elde edilmiştir. Ebeveynlerin %5,7'si çocuklarının daha önce herhangi bir zamanda, %1,9'u ise bir yıllık süre içinde cinsel istismara uğradığını belirtmiştir (90).

Ülkemizde konu ile ilgili yeterli veriler olmamakla birlikte; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nce İstanbul'daki liselere devam etmekte olan 1955 kız çocuğu arasında yapılan bir araştırmada olguların %95,7'sinin cinsel istismar ile ilgili soruya yanıt verdiği saptanmıştır. Bu çocukların 250'si (%13,4) cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Bu istismarların %11,3'u cinsel bölgelerinin ellenmesi ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır. Her iki tipte cinsel istismara uğradığını belirtenlerin oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Cinsel istismar bildiren çocukların %32, 4'u istismarcı ile ilişkisini sorgulayan soruya yanıt vermemiş, %50'si bir yabancı tarafından istismar edildiklerini bildirmiş, ensest durumu sadece %1,8 çocuk tarafından bildirilmiştir. Bir erkek tarafından

istismar edilme oranı %92,9 iken; kadın tarafından istismar edilme oranı %5,7 ve her iki cins tarafından istismar edilme olma oranı ise %1,4 olarak saptanmıştır (91).

İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından 2000-2002 yılları arasında yapılan bir çalışmada, çocuk istismar ve ihmali sonucu gerçekleştiği karara bağlanan 216 çocuk ölümünden ihmal sonucu ölen çocuk oranı % 74,5 ile ilk sırada yer alırken, fiziksel istismara bağlı olanların oranı %13,9 olarak bildirilmektedir (61).

2.5. Hekimler ve Ç.İ.V.İ

İstismar farklı disiplinler içerisinde değerlendirilen multidisipliner çalışılması gereken bir konudur. Medikal, hukuksal, psikolojik ve sosyolojik yaklaşımların hepsi de temel konuları oluşturan boyutlardır. Farklı disiplinlerde çalışmakta olan kişiler tarafından bu durum farklı açılardan ele alınmakta ve değerlendirilmektedir.

İhmal ve istismar yaşayan bebekler, onlarda ilerde temel güvensizlik ve karamsarlık ve umutsuzluk oluşturacak pek çok olumsuz deneyimle karşılaşmışlardır. Yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan olumsuz yaşantıların, yetişkinlikte ortaya çıkan kaygı ve duygu durum bozuklukları açısından önemli sayılması gerektiği vurgulanmaktadır (92).

Çocuk ihmali ve istismarı durumunda, anne bebeğine yeterince ilgili ve duyarlı olmamaktadır. Bebek sıkıntı, huzursuzluk, engellenmişlik gibi gerginlik durumları yaşar ve anne çocuğu uygun biçimde yatıştıramaz. Bakım verenlerce duyguların dışsal olarak düzenlenmesi gerçekleştirilemediğinde, bu tür durumlarda kalan bireyler kendi duygularını düzenleme işlevini öğrenemez (92, 93, 94).

İstismar öyküsü saptanan çocuklarla duygudurumla ilgili araştırmalarda, depresif belirtiler gösterme olasılığının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bireylerin yaşamın erken döneminde karşı karşıya kaldıkları olumsuz yaşantıların major depresyonla ilişkili psikobiyolojik bir değişken olarak değerlendirilebileceği üzerinde durulmaktadır (92).

Çocuğun gelişim basamaklarından Fallik dönemde (3-6 yaş) eğitim ve oyun olanakları kısıtlanırsa kendini gerçekleştiremeyen, yaratıcılıktan uzak bireyler yetişir. Bu dönem başarı ile aşılırsa "amaç"lar belirginleşir ancak bu dönemde oyun ve uyaran seçenekleri kısıtlanmış, yalnız ve yoksun bırakılmış, merakı desteklenmemiş, bastırılmış ve baskılanmış çocuklar ihmal edilmiş ve istismara uğramış çocuklar olacaklardır (95).

Okul döneminde (6-12 yaş) yatkınlık alanları dikkate alınmaksızın tek tipleştirici, dar çerçeveli eğitim sistemi içinde ve de özellikle başka çocuklarla kıyaslanarak, yapamadıkları vurgulanarak yetiştirilirlerse, değersizlik duyguları öne çıkar ve kendileriniaşağı göreceklerdir ki bu durum çocuğun ihmali ve duygusal istismarı anlamını taşıyan bir yaklaşımdır. Yine ihmal ve istismar açısından bakıldığında, fiziksel, duygusal ihmale ve her bağlamda istismara uğramış olan çocuklarda bilişsel yetilerde gerileme ve akademik başarısızlık sık rastlanan okul dönemi sorunlarındandır (66).

Bir genç, ergenliğe kadar olan gelişim dönemi içindefarklı evrelerde ihmal ya da istismar gibi olumsuz deneyimlerle karşılaşırsa; ergenlik döneminde yaşanılanların niteliği, şiddeti ve süreğenliğine bağlı bir kimlik karmaşası ya da kimlik dağılması yaşaması beklenebilir bir durumdur. Bunun sonucunda kimlik oluşturma yönünde uygun örneklerle kimliğini buluşturamazsa boşluk duygusu yaşayabilir ya da suça yönelebilir. Bu karmaşa içinde toplumun onaylamadığı kişi ve gruplara katılabilir, madde bağımlılığı, davranım sorunları ya da intihar davranışı gibi zor durumlar ortaya çıkabilir. (20)

2.6. Ç.İ.V.İ'nin Önlenmesi

Genel anlamda toplumsal açıdan çocuğayönelik istismarın ortadan kalkmasındaki en önemli faktör halk arasındakikültürelinanışların değişmesi olarak karşımıza çıkar. Bu konuda ülkemizdeyaşananlar arasında namus ve töre cinayetleri, bekaretile ilgili kontroller, eğitimde vb. alanlarda yaşanan cinsiyet ayrımcılığı, evlenme sürecinde başlık parası karşılığı erken yaşta evlendirilme istismara örnek olan geleneksel uygulamalardan sayılabilir. Bunların yanında her anne babanınçocuğuiçin en iyisini isteyeceği ya dahangi ailenінçocuğuna eziyet edeceği gibi önceden kabulleniş yanında "dayak cennetten çıkmadır, eti senin kemiği benim, ananın vurduğu yerde gül biter, kızını dövmeyen dizini döver" gibi toplumsalkabul edilen söylemler istismarı kolaylaştırmaktadır. Oysa ebeveyn olma sürecinde çocuğa karşı davranışlar açısından iyi anne baba olma yeteneğinin bebeğin dünyaya gelmesiyle birlikte birden kazanılmayacağı akılda tutulmalıdır. Çocuğun sadece üyesi olduğu aileye değil, tüm topluma ait olduğu düşüncesi kabul edilip yaygınlaşmalıdır. Önlemeçalışmalarının temelinde toplumun bu kavramlar konusunda uzlaşıp bu konularda eğitim düzeyinin geliştirilmesiyer almaktadır. Bu noktadan hareketle anne, baba ve toplumun tüm bireylerine yönelik yapılacak bilgilendirme ilk adımı oluşturacaktır. Konuya

farkındalık oluşturulması dolayısıyla bilgilenen bireylerböyle bir problem olduğundan haberdar olacağından kendisini, çevresini değerlendirme şansı bulacaktır ve farkındalık duyarlılık boyutunu oluşturacaktır. Duyarlılığın bir sonraki aşamasısorunun ortadan kaldırılabilmesiiçin savunucu olmaktır. Ve eğer savunuculuk boyutunun toplumsal düzeyde yaygınlaşması gerçekleştirilirse aynı düşüncedeki bireylerin birlikte hareketimümkün olabilir ve tabandan oluşan bir eylemin temsilcileri olurlar (96).

Ailelerin ortaya çıkan sorunların boyutları daha büyümeden önleyici çalışmalardan yararlanamaması durumunda, hem kısa hem de uzun vadede en başta psikolojik olmak üzere pek çokardışık sorunun yaşanmasına, yanında ekonomik, sosyal vb. kaygılara neden olacaktır.

2.6.1. Birincil Önleme

Birinci önleme genel anlamıyla istismarın ortaya çıkışını önlemeye yönelik tüm çocuklara yönelik koruma programları yapılmasıdır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde bulundukları koşullar iyileştirilebilir, ailelerin eğitimleri ve yaşam kaliteleri arttırılır, yani risklerin oluşması önlenebilirse çocuklar istismara uğramayacaktır. Bu aşamada yapılabilecek çalışmalar arasında; hukuksal reformlar yapılması ve Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde belirtilen hakların ulusal yasalara da alınması, kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti azaltacak yönde değişmesi konusunda çalışmalar yapılması, ekonomik eşitsizliklerin giderilmeye çalışılması sayılabilir (61).

Önleme çalışmalarının temelini toplum eğitimi oluşturacaktır. Çünkü ancak anne, baba ve toplumun tüm bireylerine yönelik yapılacak bilgilendirme ilk adımı oluşturacaktır. Konu hakkında bilgilenen kişi böyle bir problem olduğundan haberdar olduğunda hem kendini, hem de çevresini değerlendirme şansına sahip olacaktır. Bu farkındalık duyarlılık boyutunu oluşturacaktır. Duyarlılığın bir sonraki zinciri problemin çözümü için savunucu olmaktır. Savunuculuk boyutu toplumsal düzeyde yaygınlaştığında aynı görüşü paylaşan kişiler aynı çatı altında bir araya gelerek sivil hareket başlatabilir ve tabandan oluşan bir eylemin temsilcileri olurlar (96).

Ailelerin problemlerin boyutları daha büyümeden önleyici çalışmalardan yararlanamayışı, gerek kısa gerekse uzun vadede başta psikolojik olmak üzere pek çok sorunun yaşanmasına, ekonomik ve sosyal birçok kaygılara neden olacaktır

Ebe, hemşire ve hekim ev ziyaretlerinde öncelikle aileyi riskler yönü ile değerlendirip, sorunların belirlenmesinde ve çözümünde destek olabilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğumlar, genç anne baba, anne babanın ruh sağlığı ve ailede engellilik gibi özellikler yönü ile aile değerlendirilerek riskler belirlenebilir ve yüksek riskli ailelere destek ziyaretleri yapılabilir. Bu ziyaretlerde ailelerin gereksinimleri saptanarak buna yönelik girişimler geliştirilebilir (65).

2.6.2. İkincil Önleme

İstismara uğrayan çocukların yüksek risk gruplarının belirlenmesi, erken tanısı, uygun tedavisi ve izleminin yapılması olarak tanımlanabilir.

Erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılığı sağlanmalı, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna getirilen çocuk, istismar göstergeleri açısından da değerlendirilmelidir. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarının bulgu ve belirtilerini, tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve yasal yükümlülükleri çok iyi bilmeleri erken tanı açısından çok önemlidir.

2.6.3. Üçüncül Önleme

İstismar edilmiş çocuğun fark edilmesi sonrasında zararın hafifletilmesine yönelik, yinelenmesini önleyici, tedavi edici ve durumun sonlandırılması için çaba göstermektir.

Günümüzde Çocuk İhmal ve İstismarı'nın giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir (21).

İdeal koşullarda her büyük ilimizde her tam kuruluşlu hastanede bir çocuk koruma ekibinin kurulması beklenir. Bir il merkezinde kurulan tüm ekiplerin de ildeki bölgesel çocuk koruma kurumlarıyla yoğun kurumlar arası iletişime dayalı çok disiplinli bir çalışma tarzı idealde ulaşılması gereken noktadır.

Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonucunda, çocuk ya bir SHÇEK'e yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Bu da çocukların ve ailelerin bir anlamda kendi kaderlerine terk edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Fiziksel ya da cinsel istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik

rehabilitasyon programlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını gerektirmektedir. Oysa özellikle cinsel örseleme olgularında bu iletişim ve organizasyon eksikliği hasta yönetimini daha da bozmaktadır. Bu nedenle çocuk cinsel örseleme bildiriminden aylar sonra adli tıp bakısından geçebilmektedir. Elbette bu kadar aradan sonra akut bulgu oluşmuş bile olsa tümü kaybolup örselenen çocuklara "Örseleme saptanmamıştır" raporları verilebilmektedir (97).

Çalışmamız İzmir ili 6 merkez ilçede bulunan ile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimlerinin Ç.İ.V.İ hakkındaki bilgi, deneyim ve yaklaşımlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma İzmir ili merkez ilçelerde Aile Sağlık Merkezleri'nde görevli Aile Hekimlerinin çocuk ihmali ve istismarı olgularına ilişkin bilgi, deneyim ve yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, İzmir ili Merkez ilçelerinde Mart 2015 – Eylül 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir 11 merkez ilçe evreninden basit rastgele örneklem seçimi yöntemi ile belirlenen 6 ilçedeki (Buca, Balçova, Karşıyaka, Konak, Gaziemir, Narlıdere) hekimler oluşturmaktadır. Birinci basamakta Ç.İ.V.İ ile karşılaşma prevalansı %50, güven düzeyi %95 alınarak sayısı belli olan evrenden hareketle ulaşılması gereken katılımcı sayısı 445 olarak hesaplanmış, rastgele seçilen ilçelerdeki hekim sayılarına oranlayak her ilçedeki katılımcı hekim sayısı belirlenmiştir. Seçilen ilçelerden Buca'da 127, Balçova'da 23, Karşıyaka'da 127, Konak'ta 122, Gaziemir'de 32, Narlıdere'de 14 olmak üzere toplam 445 Aile Hekimine ulaşılması hedeflenmiş, izinli olanlar ve çalışmaya katılmak istemeyenler çıkarıldığında çalışmaya katılan 300 hekim ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onam (EK-1) ve İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (EK-2) gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır.

Araştırma örneklemini oluşturacak hekimlere; Çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için "bilgilendirilmiş izin" alındı(EK-3).

Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve "otonomi" ilkesine saygı gösterileceği bildirildi. Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırıcının 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.

3.5. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Verilerin toplanmasında, literatür bilgileri doğrultusunda, araştırmacı tarafından geliştirilen, hekimlerin tanıtıcı özellikleri ile Ç.İ.V.İ konusundaki bilgi ve bildirim durumlarını belirlemeye yönelik özgün bir anket hazırlandı. Anket formu, sosyodemografik bilgiler yanında 1 olgu fiziksel istismar, 1 olgu ihmal, 1 olgu cinsel istismar olmak üzere 3 olgu ve ilişkili sorular, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumu, mezuniyet sonrası Ç.İ.V.İ ile ilgili eğitim durumu, Ç.İ.V.İ ile karşılaşıldıysa adli tıp, çocuk ve ergen psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, sosyologlar veya psikologlarla multidisipliner çalışma durumu ile ilgili sorulardan oluşmaktaydı. (EK-4)

Hekimlerin yaş, çalışma süresi, uzmanlık durumu,medeni durum, çocuk sahibi olup olmadıkları, kayıtlı çocuk hasta sayısı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları ile ilgili demografik bilgileri anket formunun başında yer almaktaydı. Her olgu ile ilgili tanı ve yaklaşıma yönelik 2-4 soru bulunmaktaydı. Bu olgular DSÖ, UNICEF ve ilişkili tanıma ve koruma programlarından esinlenerek oluşturulmuştur. Anket formundaki diğer sorular hem ÇİVİ yönetimine ilişkin hem deuygulamaya ilişkin sorulardı.

3.6. Verilerin Toplanması

Hazırlanan anket formları hekimlere araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Hekimlerin anketi doldururken bir arada oldukları zamanlarda

kendi görüşlerini belirterek birbirlerini etkilemelerinin anket sonuçlarını etkileyeceği vurgulanarak bu davranış engellenmiştir. Anket formunun doldurulması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli, başka birimlerde görevli, raporlu olan ve çalışmaya katılmak istemeyen çalışanlar araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma sonuçları İzmir ili ASM'lerinde görev yapan hekimlerin konuya ilişkin durumlarını yansıtmaktadır. Anket formlarının doldurulması aşamasında hekimlerin ankete yönelik anlaşılmayan soruları olabileceği düşünüldüğünden 6 merkez ilçedeki 110 ASM'ye araştırmacı tarafından gidilmiş, formlar sadece araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Ziyaret edilen ASM'de görevli hekimlerinin iş yoğunluğu nedeniyle bazı ASM'lere tekrar ziyaret gerçekleştirilmiş ve bu şekilde anket formları doldurtulmuştur.

Araştırmada veri toplamayla ilgili bir diğer güçlük, anket formundaki olguların gerçeğe yakın olması sebebiyle duygusal açıdan bağ kurup anketi tamamlamakta zorluk çeken veya tamamlayamayan hekimlerle yaşanmıştır.

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

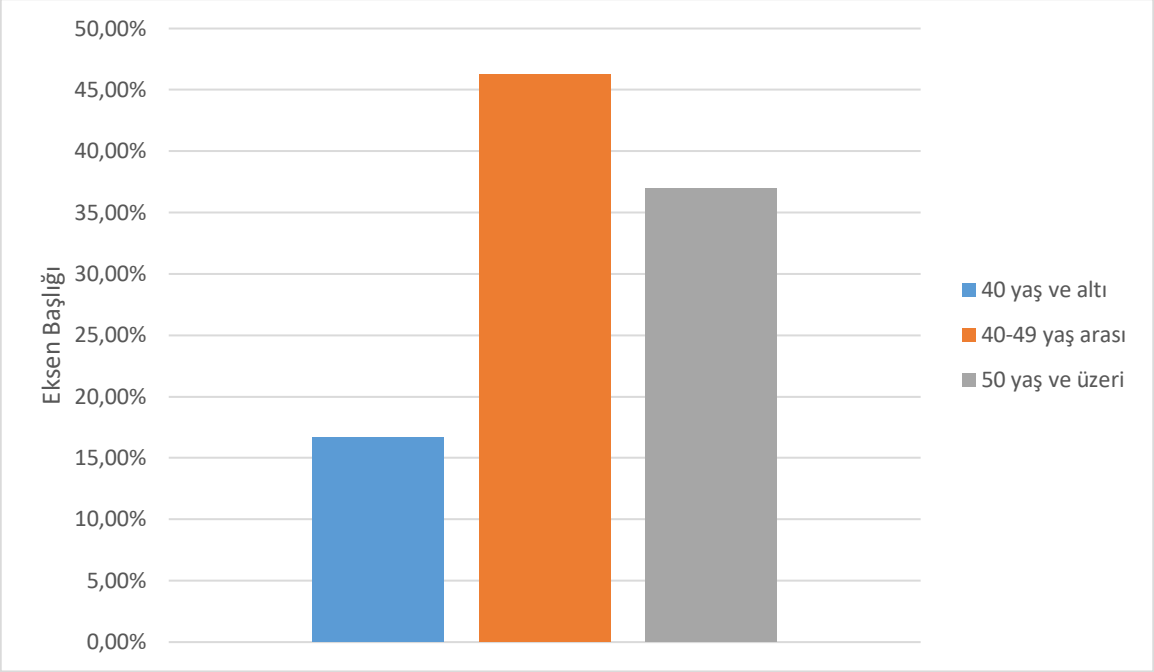
Hekimlerin Ç.İ.V.İ tanımadaki bilgileri, bildirim konusundaki tutum ve davranışları bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumları, hekimlik süresi, uzmanlık durumu, kayıtlı hasta sayısı, mezuniyet sonrası eğitim alma durumu, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumu, en son Ç.İ.V.İ ile karşılaştığı yıl, multidisipliner bir çalışma içine girme durumu bağımsız değişkenlerdir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizleri SPSS 15 programı kullanılarak yapıldı, değişkenler için frekans, ortalama gibi tanımlayıcı testler ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için ise ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

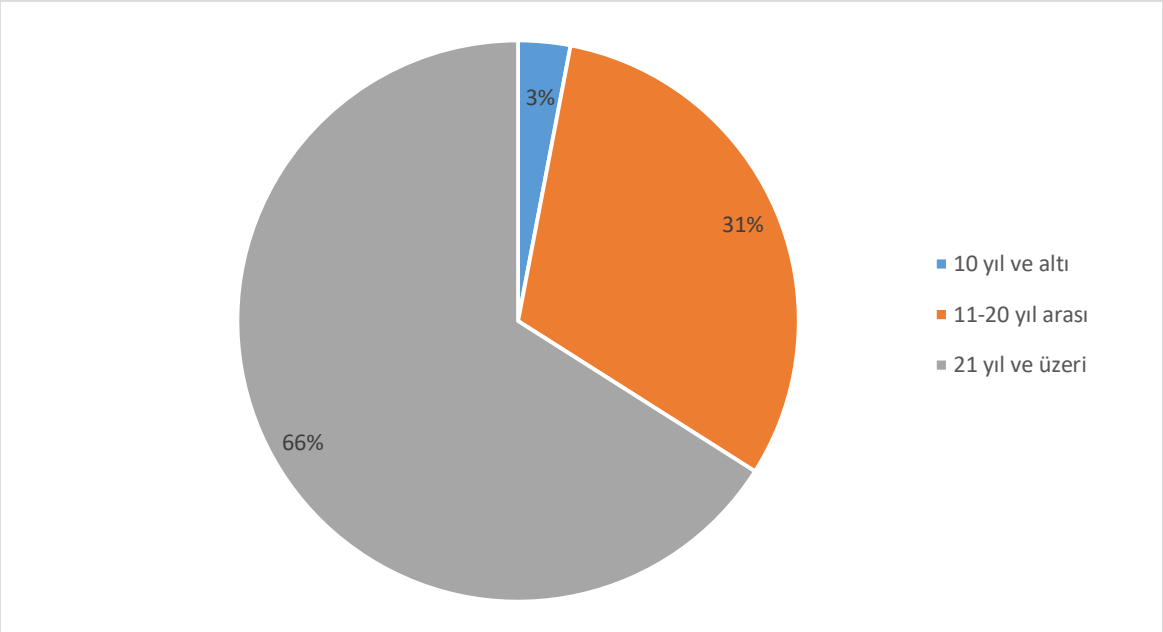
4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 47,06±6,65 olup 50'sinin(%16,7) 40 yaş altında, 139'unun (%46,3) 40-49 yaş aralığında, 111'inin (%37,0) 50 yaş üstünde olduğu saptanmıştır. Hekimlerin yaş dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.



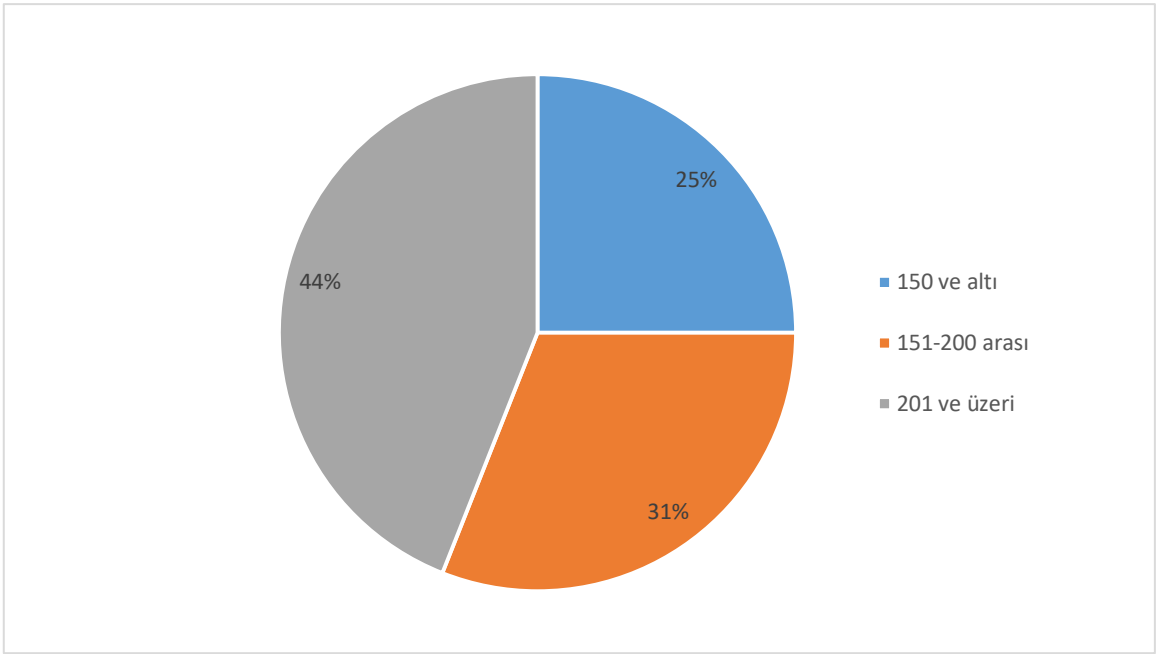
Şekil 1. Hekimlerin yaş dağılımları

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında 133'ü kadın (%44,3), 167'si erkek (%55,7); 252'si (%84,0) evli, 48'i (16,0) bekardı. Hekimlik statülerine göre ise 242 (%80,7) hekim uzman, 58 (%19,3) hekim pratisyen olarak aile hekimliği yapmaktaydı. Hekimlik sürelerine bakıldığında 10 hekim (3,3) 10 yıl ve altı, 92 (30,7) hekim 11-20 yıl arası 198 hekim (66,0) 21 yıl üzeri görev yapmışlardı. Katılımcıların hekimlik yıllarına göre dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Hekimlerin hekimlik yıllarına göre dağılımları

Kayıtlı çocuk hastalara bakıldığında 74 hekimin (%24,7) 150 ve altı, 93 hekimin (%31,0) 151-200 arası, 133 hekimin (%44,3) 200 ve üzeri hasta sayısı vardı. Hekimlerin hasta sayısına göre dağılımları Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Hekimlerin çocuk hasta sayısına göre dağılımları

Olgu 1'de ihmal vakasını 234 (%78,0) hekim "ihmal", 1 (%0,3) hekim "istismar", 62 (%20,7) hekim "hem ihmal hem istismar", 3 (1,0) hekim "bilmiyorum" şeklinde değerlendirmiştir. Çocuk ihmali ve istismarı düşündüren bulgulardan 175 (%58,3) hekim "annenin aldırmaz tutumu", 206 (%68,7) hekim "bebeğin bakımsız durumu", 268 (%89,3) hekim "taramaya getirilmemesi", 213 (%71,0) hekim "göbek bağı bakımında yetersizlik", 113 (%37,7) hekim "ailenin sosyoekonomik durumu", 107 (%35,7) hekim "annenin genç yaşta olması" şeklinde değerlendirmiştir. Olgu 1'deki bebeğin durumu ve Ç.İ.V.İ düşündüren bulguların verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Olgu 1'deki bebeğin durumu ve Ç.İ.V.İ düşündüren bulgular

OLGU 1		**n**	**%**
Bebeğin durumu	İhmal	234	78,0
	İstismar	1	0,3
	Hem ihmal hem istismar	62	20,7
	Bilmiyorum	3	1,0
Ç.İ.V.İ düşündüren bulgular	Annenin aldırmaz tutumu	175	58,3
	Bebeğin bakımsız durumu	206	68,7
	Taramaya getirilmemesi	268	89,3
	Göbek bağı bakımında yetersizlik	213	71,0
	Ailenin sosyoekonomik durumu	113	37,7
	Annenin genç yaşta olması	107	35,7

Olgu 2'de ihmal ve istismar içeren bir olgu sorulmuş olup olguyu "ihmal" olarak değerlendiren 283 (%94,3) hekim, "ihmal yoktur" olarak değerlendiren 12 (%4,0) hekim, "bilmiyorum" şeklinde değerlendiren 5 (%1,7) hekim saptanmıştır. Hekimlerin 268 (%89,3)'i büyümede geriliğini, 215 (%71,7)'i beslenme eksikliğini, 235 (%78,3)'i nörolojik gelişim geriliğini (konuşamama), 188 (%62,7)'i çocuğun ateşinin ölçülmemesini, 166 (%55,3)'sı doğum kilosunun bilinmemesini "ihmal düşündüren bulgu" olarak değerlendirmiştir. Olgu 2'deki çocuğun durumu ve ihmal düşündüren bulguların verileri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Olgu 2'deki çocuğun durumu ve ihmal düşündüren bulgular

OLGU 2		n	%
İhmal	Evet	283	94,3
	Hayır	12	4,0
	Bilmiyorum	5	1,7
İhmal Düşündüren Bulgular	Büyümede gerilik	268	89,3
	Beslenme eksikliği	215	71,7
	Nörolojik gelişim geriliği (konuşamama)	235	78,3
	Ateşinin ölçülmemesi	188	62,7
	Doğum kilosunun bilinmemesi	166	55,3

Olgu 2'de 299(%99,7) hekim istismar varlığını kabul ederken, 1(%0,3) hekim "istismar yoktur" cevabını vermiştir. 269(%89,7) hekim tarafından ekimozların varlığı, 269(%89,7) hekim tarafından var olan ekimozların zamansal farklılıkları,242(%80,7) hekim tarafından annenin sorulara tepkisi "istismar düşündüren bulgu" olarak değerlendirilmiştir. Olgu 2'deki çocuğun istismar açısından durumu ve istismar düşündüren bulguların verileri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Olgu 2'deki çocuğun istismar açısından değerlendirilmesi ve istismar düşündüren bulgular

OLGU 2		n	%
İstismar	Evet	299	99,7
	Hayır	1	0,3
İstismar Düşündüren Bulgular	Ekimozların varlığı	269	89,7
	Var olan ekimozların zamansal farklılıkları	269	89,7
	Annenin sorulara tepkisi	242	80,7

Olgunun fiziksel istismar olduğunu düşünen 297(%99,0) hekim, cinsel istismar olduğunu düşünen 47(%15,7) hekim, duygusal istismar olduğunu düşünen 202(%67,3) hekim, ihmal olduğunu düşünen 212(%70,7) hekim bulunmuştur. Doğru olan fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal seçeneklerinin üçünü birden seçen 126(%42,0) hekim saptanmıştır. Hekimlerin istismar türlerini değerlendirdikleri verilerin özeti Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Olgu 2'deki çocuğun istismar türleri açısından değerlendirilmesi

OLGU 2		n	%
İstismar Türleri	Fiziksel istismar	297	99,0
	Cinsel istismar	47	15,7
	Duygusal istismar	202	67,3
	İhmal	212	70,7
	Doğru	126	42,0
	Yanlış	174	58,0

Çalışmaya katılan hekimlerin 249(%83,0)'u istismar vakasıyla karşılaştığı durumda bildireceklerini, 10(%3,3)'u bildirmeyeceğini, 41(%13,7)'i bildirip bildirmeyeceğini bilmediğini belirtmiştir. Bildirim yapacakları yerleri açık uçlu soruyla kendilericevaplayan hekimlerin 89 (%29,7)'u emniyete, 50(%16,7)'si toplum sağlığı merkezine, 40(%13,3)'ı sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu veya aile ve sosyal politikalar bakanlığına, 32(%10,7)'si sağlık müdürlüğüne, 14(%4,7)'ü savcılığa, 3(%1,0)'ü muhtarlığa bildireceğini; 36(%12,0)'sı nereye bildireceğini bilmediğini belirtti. Hekimlerin istismar vakasını bildirme durumları ve bildireceklerini belirttikleri kurumların verileri Tablo 5'te özetlenmiştir.

Tablo 5. Hekimlerin istismar vakasını bildirme durumları ve bildireceklerini belirttikleri kurumlar

OLGU 2		n	%
Bildirme Durumları	Evet	249	83,0
	Hayır	10	3,3
	Bilmiyorum	41	13,7
Bildirim Yapılan Kurum	Emniyet	89	29,7
	TSM*	50	16,7
	SHÇEK** veya ASPB***	40	13,3
	Sağlık müdürlüğü	32	10,7
	Savcılık	14	4,7
	Muhtarlık	3	1,0
	Bilmiyorum	36	12,0

*TSM: Toplum Sağlığı Merkezi **SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ***ASPB: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Hekimlerin istismar vakasını bildirmekten kaçınma sebeplerini 8 (%2,7) hekim "hastanın mahremiyetine saygısızlık etmek istemem", 14(%4,7) hekim "hasta hakları kapsamında, hastayla ilişkimi sarsmamak adına sır saklamam gerektiğini düşünürüm",

62(%20,7) hekim " tehdit alma, şiddet görme, dava açılması vb. gibi başıma bir şey gelmesinden korkarım", 83(%27,7) hekim "çocuğun ya da ailenin başına bir şey gelmesinden korkarım", 31(%10,3) hekim "SHÇEK gibi kurumlara güvenmiyorum" şeklinde ifade etmiştir. Açık uçlu kısımda kendi ifadeleriyle 1 hekim "bildirimlerin anlamlı olmadığı durumlarda başka türlü yardım yolları ararım", 1 hekim "bir şey değişeceğini düşünmüyorum", 1 hekim "bürokratik işlemler uzun sürüyor", 1 hekim "hekimi koruyan bir sistem yok", 1 hekim "takip eder, devam ederse bildiririm" yazarak kendi cümleleriyle düşüncelerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin istismar vakalarını bildirmekten kaçınma sebeplerinin verileri Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Hekimlerin istismar vakalarını bildirmekten kaçınma sebepleri

BİLDİRMEKTEN KAÇINMA SEBEPLERİ	n	%
Hasta Mahremiyetine Saygısızlık Etmek İstemem	8	2,7
Hasta Hakları Kapsamında, Hastayla İlişkimi Sarsmamak Adına Sır Saklamam Gerektiğini Düşünürüm	14	4,7
Tehdit Alma, Şiddet Görme, Dava Açılması Gibi Başıma Bir Şey Gelmesinden Korkarım	62	20,7
Çocuğun ya da Ailenin Başına Bir Şey Gelmesinden Korkarım	83	27,7
SHÇEK Gibi Çocuk Esirgeme Kurumlarına Güven Duymuyorum	31	10,3
DİĞER	Bildirimlerin anlamlı olmadığı durumda başka türlü yardım yolları ararım	
	Bir şey değişeceğini düşünmüyorum	
	Bürokratik işlemler uzun sürüyor	
	Hekimi koruyan bir sistem yok	
	Takip eder, devam ederse bildiririm	

Olgu 3'te cinsel istismardan şüphelenilen bir vakada yapmak istedikleri ek muayeneleri hekimler yine kendi ifadeleriyle belirtmeleri istenmiştir. Çalışmaya katılan 300 hekimin 70(%23,3)'i ek muayene yapmayacağını belirtmiştir. 162(%54,0) hekim anal muayene, rektal muayene, genital muayene, ürolojik muayene, perine muayenesinden bir ya da bir kaçını, 14(%4,7) hekim psikiyatrik muayene yapacağını veya hastayı psikiyatriye sevk edeceğini, 16(%5,3) hekim ayrıntılı anamnez alacağını veya ayrıntılı fizik muayene yapacağını, 12(%4,0) hekim laboratuar tetkikleri (hemogram, biyokimya, gaitada gizli

kan/parazit, tit, idrar kültürü) ya da batın ultrasonografisi isteyeceklerini ifade etmişlerdir. Ayrıntılı anamnez ya da fizik muayene, anal ya da genital muayene ile laboratuar tetkikleri ya da batın ultrasonunu birlikte yapmak isteyen 19(%6,3) hekim, anal ya da genital muayene, laboratuar tetkikleri ya da batın ultrasonu ile psikiyatrik muayene yapacağını veya hastayı psikiyatriye sevk edeceğini belirten 7(%2,3) hekim saptanmıştır. Olgu 3'te hekimlerin yapmak istedikleri diğer muayenelerin verilerinin özeti Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Olgu 3'te hekimlerin yapmak istedikleri diğer muayeneler

YAPMAK İSTENEN DİĞER MUAYENELER	n	%
Anal M./ Rektal M./ Genital M./ Urolojik M./ Perine M.	162	54,0
Psikiyatrik M./ Psikiyatriye Sevk	14	4,7
Ayrıntılı Anamnez/ Fizik Muayene	16	16
Laboratuar (Hemogram, Biyokimya, Gaitada Gizli Kan/Parazit, Tit, İdrar Kültürü)/ Batın Usg	12	4,0
Anal/ Genital M., Ayrıntılı Anamnez/ Fm, Lab./ Batın Usg	19	6,3
Anal/ Genital M., Psikiyatrik M./ Sevk, Lab./ Usg	7	2,3
Toplam	230	76,7

Olgu 3'te şüphelenilen cinsel istismarın muayenesini nasıl bir ortamda yapmak istedikleri sorusuna katılımcı hekimlerin 77(%25,7)'si anneanne ile aynı ortamda, 250(%83,3)'si başka bir sağlık personeli eşliğinde, 19(%6,3)'u yalnız hekim ve hasta varlığında yapacağını; 21(%7,0) hekim ileri muayeneye geçmeyeceği cevabını verdi. Hekimlerin ileri muayeneyi nasıl bir ortamda yapmak istedikleri verileri Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8. Hekimlerin ileri muayeneyi nasıl bir ortamda yapmak istedikleri

MUAYENE ORTAMI NASIL OLMALI	n	%
Anneanne İle Aynı Ortamda	77	25,7
Diğer Sağlık Personeli Eşliğinde	250	83,3
Yalnız Hekim Ve Hasta Varlığında	19	6,3
İleri Muayeneye Geçmem	21	7,0

Olgu 3'te hekimlerin cinsel istismar vakalarına yaklaşımlarının nasıl olacağı sorulmuştur.243(%81,0) hekim "hastayı adli tıp,çocuk psikiyatrisi ve çocuk cerrahisine yönlendiririm", 176(%41,3) hekim "çocuğa ne yapılması gerektiğini söyleyip, aileye durumu anlatırım", 163(%54,3) hekim "durumu cumhuriyet savcılığına bildiririm", 11(%3,7) hekim "durumla ilgili herhangi bir bildirimde bulunmam", 3(%1,0) hekim "hastamla aramdaki güven ilişkisinin bozulmasını istemediğimden aileye anlatmam", 1(%0,3) hekim "tedavisini düzenleyip çocuğa/aileye herhangi bir açıklama yapmam" ifadelerini kendilerine yakın bulmuştur. Hekimlerin cinsel istismar vakalarına yaklaşım modelleri Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Hekimlerin cinsel istismar vakalarına yaklaşımı

HEKİMLERİN CİNSEL İSTİSMAR VAKALARINA YAKLAŞIMI	n	%
Tedavisini Düzenleyip Çocuğa/Aileye Herhangi Bir Açıklama Yapmam	1	0,3
Hastamla Aramdaki Güven İlişkisinin Bozulmasını İstemediğimden Aileye Anlatmam	3	1,0
Çocuğa Ne Yapılması Gerektiğini Söyleyip, Aileye Durumu Anlatırım	176	41,3
Durumla İlgili Herhangi Bir Bildirimde Bulunmam	11	3,7
Durumu Cumhuriyet Savcılığına Bildiririm	163	54,3
Hastayı Adli Tıp, Çocuk Psikiyatrisi Ve Çocuk Cerrahisine Yönlendiririm	243	81,0

Çalışmamıza katılan hekimlerin 246(%82,0)'sı Ç.İ.V.İ ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almadıklarını, 54(%18,0)'ü konuyla ilgili mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirtmiştir. Mezuniyet sonrası eğitim alan hekimlerin 18(%6,0)'i "seminere, toplantıya, kursa ya da derse katıldığını", 11(%3,7)'i "sürekli mesleki eğitim gördüğünü", 7(%2,3)'si "uzmanlık eğitimi sırasında öğrendiğini", 2(%0,7)'si "uzaktan eğitim aldığını"; 16(%5,3)'sı

"hatırlamadığını" ifade etmiştir. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim alma durumları Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim alma durumları

MEZUNİYET SONRASI ALINAN EĞİTİMLER	n	%
Seminer, Toplantı, Kurs, Ders, Eğitim	18	6,0
Sürekli Mesleki Eğitim	11	3,7
Uzmanlık Eğitimi Sırasında	7	2,3
Uzaktan Eğitim	2	0,7
Hatırlamıyor	16	5,3
Toplam	54	18

Hekimlik hayatları boyunca Ç.İ.V.İ vakalarıyla karşılaştığını belirten 127(%42,3) hekimin 19(%6,3)'u 1979-1999 yılları arasında, 52(%17,3)'si 2000-2009 yılları arasında, 46(%15,3)'sı 2010-2015 yılları arasında karşılaştığını; 10(%3,3)'u ne zaman karşılaştığını hatırlamadığını ifade etmiştir. Katılımcıların Ç.İ.V.İ ile karşılaşmalarının verileri Tablo 11'de özetlenmiştir.

Tablo 11. Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları

Ç.İ.V.İ İLE KARŞILAŞMA	n	%
1979-1999	19	6,3
2000-2009	52	17,3
2010-2015	46	15,3
Hatırlamıyor	10	3,3
Toplam	127	42,3

Katılımcıların çocuk sahibi olmaları ile ihmal ve istismar bulgularını tanıma ilişkisi incelendiğinde, çocuk sahibi olan hekimlerin Olgu 1'deki ihmal vakasını tanıma oranları istatiksel açıdan anlamlı idi. Çocuk sahibi olma ve Olgu 2'deki ihmal ve fiziksel istismar bulgularını tanıma ilişkisinde istatiksel açıdan anlamlılık saptanmadı. Veriler Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 12. Hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Ç.İ.V.İ bulgularını tanımaları

		ÇOCUĞU VAR MI?		p
		EVET	HAYIR	
Olgu 1, Bebeğin Durumu Nedir?	İhmal	203 (%86,8)	31 (%13,2)	UD
	İstismar	0 (%0,00)	1 (%100)	
	Hem ihmal hem istismar	50 (%80,6)	12 (%19,4)	
	Bilmiyorum	2 (%66,7)	1 (%33,3)	
Olgu 2, Çocuk İhmali Var Mıdır?	Evet	241 (%85,2)	42 (%14,8)	UD
	Hayır	9 (%75)	3 (%25)	
	Bilmiyorum	5 (%100)	0 (%0,00)	
Fiziksel İstismar Tanıma	Doğru	108 (%85,7)	18 (%14,3)	UD
	Yanlış	147 (%84,5)	27 (%15,5)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin uzmanlık durumu ile ihmal ve istismar bulgularını tanıma durumları karşılaştırıldığında, Olgu 1'deki ihmal bulgularını tanıma ve Olgu 2'deki fiziksel istismar bulgularını tanıma oranları istatiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Veriler Tablo 13'te özetlenmiştir.

Tablo 13. Hekimlerin uzmanlık durumuna göre Ç.İ.V.İ bulgularını tanımaları

		UZMANLIK DURUMU		p
		UZMAN	PRATİSYEN	
Olgu 1, Bebeğin Durumu Nedir?	İhmal	50 (%21,4)	184 (%78,6)	UD
	İstismar	1 (%100)	0 (%0,00)	
	Hem ihmal hem istismar	7 (%11,3)	55 (%88,7)	
	Bilmiyorum	0 (%0,00)	3 (%100)	
Olgu 2, Çocuk İhmali Var Mıdır?	Evet	53 (%18,7)	230 (%81,3)	UD
	Hayır	3 (%25,0)	9 (%75,0)	
	Bilmiyorum	2 (%40,0)	3 (%60,0)	
Fiziksel İstismar Tanıma	Doğru	36 (%28,6)	90 (%71,4)	0,001
	Yanlış	22 (%12,6)	152 (%87,4)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin hekimlik yıllarına göre ihmal ve istismar bulgularını tanıma ilişkisi incelendiğinde, Olgu 1'deki ihmal bulgularını tanıyan hekimlerin 158 (%67,5)'inin21 yıl ve üstü hekimlik deneyimi olanların olması istatiksel açıdan anlamlı bulundu. Veriler Tablo 14'te özetlenmiştir.

Tablo 14. Hekimlerin hekimlik yıllarına göre Ç.İ.V.İ bulgularını tanımaları

		HEKİMLİK SÜRESİ			p
		10 YIL VE ALTIALTI	11-20 YILLIK	21 YIL 21 YIL VE ÜSTÜ	
Olgu1, Bebeğin Durumu Nedir?	İhmal	8 (%3,4)	68 (%29,1)	158 (%67,5)	UD
	İstismar	1 (%100)	0 (%0,00)	0 (%0,00)	
	Hem ihmal hem istismar	1 (%1,6)	24 (%38,7)	37 (%59,7)	
	Bilmiyorum	0 (%0,00)	0 (%0,00)	3 (%100)	
Olgu2, Çocuk İhmali Var Mıdır?	Evet	10 (%3,5)	88 (%31,1)	185 (%65,4)	UD
	Hayır	0 (%0,00)	3 (%25,0)	9 (%75,0)	
	Bilmiyorum	0 (%0,00)	1 (%20,0)	4 (%80,0)	
Fiziksel İstismar Tanıma	Doğru	5 (%4,0)	35 (%27,8)	86 (%68,3)	0,600
	Yanlış	5 (%2,9)	57 (%32,8)	112 (64,4)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim alma durumları ile ihmal ve istismar bulgularını tanımalarının ilişkisi incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Veriler Tablo 15'te özetlenmiştir.

Tablo 15. Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim alma durumları ile ihmal ve istismar bulgularını tanımalarının ilişkisi

		MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM		p
		EVET	HAYIR	
Olgu1, Bebeğin Durumu Nedir?	İhmal	44 (%18,8)	190 (%81,2)	UD
	İstismar	0 (%0,00)	1 (%100)	
	Hem ihmal hem istismar	10 (%16,1)	52 (%83,9)	
	Bilmiyorum	0 (%0,00)	3 (%100)	
Olgu2, Çocuk İhmali Var Mıdır?	Evet	51 (%18,0)	232 (%82,0)	UD
	Hayır	1 (%8,3)	11 (%91,7)	
	Bilmiyorum	2 (%40,0)	3 (%60,0)	
Fiziksel İstismar Tanıma	Doğru	27 (%21,4)	99 (%78,6)	0,123
	Yanlış	27 (%15,5)	147 (%84,5)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları ile ihmal ve istismar bulgularını tanımaları karşılaştırıldığında Ç.İ.V.İ ile karşılaşan hekimlerin Olgu 1'deki ihmal vakasını tanıma oranları istatiksel açıdan anlamlı idi. Veriler Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16. Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları ile ihmal ve istismar bulgularını tanımalarının ilişkisi

		Ç.İ.V.İ İLE KARŞILAŞMA		**p**
		EVET	**HAYIR**	
Olgu1, Bebeğin Durumu Nedir?	İhmal	89 (%38,0))	145 (%62,0	UD
	İstismar	1 (%100)	0 (%0,00)	
	Hem ihmal hem istismar	34 (%54,8)	28 (%45,2)	
	Bilmiyorum	3 (%100)	0 (%0,00)	
Olgu2, Çocuk İhmali Var Mıdır?	Evet	119 (%42,0)	164 (%58)	UD
	Hayır	6 (%50,0)	6 (%50,0)	
	Bilmiyorum	2 (%40,0)	3 (%60,0)	
Fiziksel İstismar Tanıma	Doğru	56 (%44,4)	70 (%55,6)	0,304
	Yanlış	71 (%40,8)	103 (%59,2)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin karşılaştıkları fiziksel istismarı bildirme durumları ile sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, çocuk sahibi olma, yaş, hekimlik yılı, medeni durum, uzmanlık durumu, kayıtlı çocuk hasta sayısı) karşılaştırıldı. Kadın hekimlerin istismar vakalarını bildirme oranlarının (%87,2) bildirim yapan erkek hekimlerden (%79,6) fazla olması istatiksel açıdan anlamlı saptandı. (p=0,037) Veriler Tablo 17'de özetlenmiştir.

Tablo 17. Hekimlerin fiziksel istismar bildirim durumları ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		OLGU 2-FİZİKSEL İSTİSMAR BİLDİRİMİ			p
		EVET	HAYIR	BİLMİYORUM	
Cinsiyet	Kadın	116 (%87,2)	6 (%4,5)	11 (%8,3)	0,037*
	Erkek	133 (%79,6)	4 (%2,4)	30 (%18,0)	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	210 (%82,4)	7 (%2,4)	38 (%14,9)	0,153
Yaş	40 Yaş Altı	42 (%84)	2 (%4,0)	6 (%12)	UD
	40-49 Yaş	116 (%83,5)	6 (%4,8)	17 (%12,2)	
	50 Ve Üzeri	91 (%82)	2 (%1,8)	18 (%16,2)	
Hekimlik Yılı	10 Yıl Ve Altı	9 (%90)	1 (%10,0)	0 (%0,00)	UD
	11-20 Yıllık	77 (%83,7)	2 (%2,2)	13 (%14,1)	
	21 Ve Üzeri	163 (%82,3)	7 (%3,5)	28 (%14,1)	
Medeni Durum	Evli	209 (%82,9)	8 (%3,2)	35 (%13,9)	0,915
	Bekar	40 (%83,3)	2 (%4,2)	6 (%12,5)	
Uzmanlık Durumu	Uzman	53 (%91,4)	0 (%0,0)	5 (%8,6)	UD
	Pratisyen	196 (%81,0)	10 (%4,1)	36 (%14,9)	
Kayıtlı Çocuk Hasta Sayısı	150 Ve Altı	66 (%89,2)	0 (%0,0)	8 (%10,8)	UD
	151-200	75 (%80,6)	2 (%2,2)	16 (%17,2)	
	201 Ve Üstü	108 (%81,2)	8 (%6,0)	17 (%12,8)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin Olgu 2'deki ihmal vakasını doğru bilen hekimler ile ihmal düşündüren tüm bulguları bilmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Veriler tablo 18'de özetlenmiştir.

Tablo 18. Olgu 2'deki ihmal vakasını bilen hekimlerle ihmal düşündüren bulguları bilme durumlarının ilişkisi

	OLGU-2 ÇOCUK İHMALİ		p
	EVET	HAYIR	
Büyümede Gerilik	265(%93,6)	3(%25,0)	UD
Beslenme Eksikliği	212 (%74,9)	3 (%25,0)	UD
Nörolojik GG (Konuşamama)	232 (%82)	3 (%25,0)	UD
Ateşinin Ölçülmemesi	187 (%66,1)	1 (%8,3)	UD
Doğum Kilosunun Bilinmemesi	165 (%58,3)	1 (%8,3)	UD

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Hekimlerin Olgu 2'deki fiziksel istismar vakasını bildirme durumları ile hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitime katılma durumları

karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Veriler Tablo 19'da özetlenmiştir.

Tablo 19. Fiziksel istismar vakasını bildirme durumları ile Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitime katılma durumlarının karşılaştırılması

		OLGU-2 FİZİKSEL İSTİSMAR BİLDİRİM			p
		EVET	HAYIR	BİLMİYORUM	
Hekimlik Yılı	10 Yıl Ve Altı	9 (%90,0)	1 (%10,0)	0 (%0,0)	UD
	11-20 Yıllık	77 (%83,7)	2 (%2,2)	13 (%14,1)	
	21 Ve Üzeri	163 (%82,3)	7 (%3,5)	28 (%14,1)	
Ç.İ.V.İ İle Karşılaşma	Evet	111 (%87,4)	5 (%3,9)	11 (%8,7)	0,091
	Hayır	138 (%79,8)	5 (%2,9)	30 (%17,3)	
Mezuniyet Sonrası Eğitim	Evet	49 (%90,7)	1 (%1,9)	4 (%7,4)	0,247
	Hayır	200 (%81,3)	9 (%3,7)	37 (%15,0)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Olgu 3'te hekimlerin şüphelendikleri cinsel istismarda yapmak istedikleri diğer muayeneler ile vakadaki ihmal türlerini bilme durumları karşılaştırıldığında, istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Veriler Tablo 20'de özetlenmiştir.

Tablo 20. Hekimlerin şüphelendikleri cinsel istismarda yapmak istedikleri diğer muayeneler ile vakadaki ihmal türlerini bilme durumlarının karşılaştırılması

		OLGU 3 - BAŞKA HANGİ MUAYENELERİ YAPMAK İSTERLER						p
		anal/ rektal/ genital/ üriner/ perine	psikiyatrik m/ psikiyatriye sevk	ayrıntılı anamnez/ ayrıntılı fm	lab.(hmg, bk, ggk, parazit, tit, ik)/ batın usg	anal/genital m + lab./ usg + ayrıntılı anamnez/ fm	anal/genital m + psikiyatrik m/ psikiyatriye sevk + lab./ usg	
İstismar Türleri	D	67 (%72,0)	6 (%6,5)	8 (%8,6)	4 (%4,3)	3 (%3,2)	5 (%5,4)	UD
	Y	95 (%69,3)	8 (%5,8)	8 (%5,8)	8 (%5,8)	16 (%11,7)	2 (%1,5)	

D: DOĞRU, Y: YANLIŞ

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Katılımcı hekimlerin olgu 3'teki cinsel istismar vakasına yaklaşım modelleri ile hekimlik yılı ilişkisi incelendiğinde, 10 yıl ve altı, 11-20 yıl arası, 20 yıl ve üstü hekimlik yapanların "aileye anlatmam" deme oranları (sırasıyla %20, %1,1, %0,0) ve "adli tıp, psikiyatri veya çocuk cerrahisine yönlendiririm" deme oranları (sırasıyla %100, %73,9, %83,3) istatistiksel açıdan anlamlı çıktı. ($p<0,05$)

Hekimlerin olgu 3'teki cinsel istismar vakasına yaklaşım modelleri ile Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumlarının ilişkisi incelendiğinde, "savcılığa bildiririm" deme (evet: %60,6, hayır: %49,7) ve "adli tıp, psikiyatri veya çocuk cerrahisine yönlendiririm" (evet: %88,2, hayır: %75,7) deme oranları istatistiksel açıdan anlamlı çıktı.

Hekimlerin olgu 3'teki cinsel istismar vakasına yaklaşım modelleri ile mezuniyet sonrası eğitim alma durumları karşılaştırıldığında, "savcılığa bildiririm" (evet:%68,5 hayır:%51,2) deme oranları istatistiksel açıdan anlamlı çıktı. Veriler Tablo 21'de özetlenmiştir.

Tablo 21. Hekimlerin cinsel istismar vakasına yaklaşım modellerinin hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma, mezuniyet sonrası eğitim durumları ile karşılaştırılması

		OLGU 3 – CİNSEL İSTİSMAR YAKLAŞIM MODELLERİ					
		Tedavisini düzenler, açıklama yapmam	**Aileye anlatmam**	**Çocuğa ve aileye açıklama yaparım**	**Bildirimde bulunmam**	**Savcılığa bildiririm**	**Adli tıp psikiyatrç. cerr. yönlendiririm**
Hekimlik Yılı	10 yıl ve altı	0 (%0,0)	2 (%20,0)	6 (%60,0)	1 (%10,0)	8 (%80,0)	10 (%100)
	11-20 yıllık	1 (%1,1)	1 (%1,1)	57 (%62,0)	4 (%4,3)	50 (%54,3)	68 (%73,9)
	21 ve üzeri	0 (%0,0)	0 (%0,0)	113 (%57,1)	6 (%3,0)	105 (%53,0)	165 (%83,3)
Ç.İ.V.İ İle Karşılaşma	Evet	0 (%0,0)	2 (%1,6)	69 (%54,3)	4 (%3,1)	77 (%60,6)	112 (%88,2)
	Hayır	1 (%0,6)	1 (%0,6)	107 (%61,8)	7 (%4,0)	86 (%49,7)	131 (%75,7)
Mezuniyet Sonrası Eğitim	Evet	0 (%0,0)	0 (%0,0)	28 (%51,9)	2 (%3,7)	37 (%68,5)	45 (%83,3)
	Hayır	1 (%0,4)	3 (%1,2)	148 (%60,2)	9 (%3,7)	126 (%51,2)	198 (%80,5)

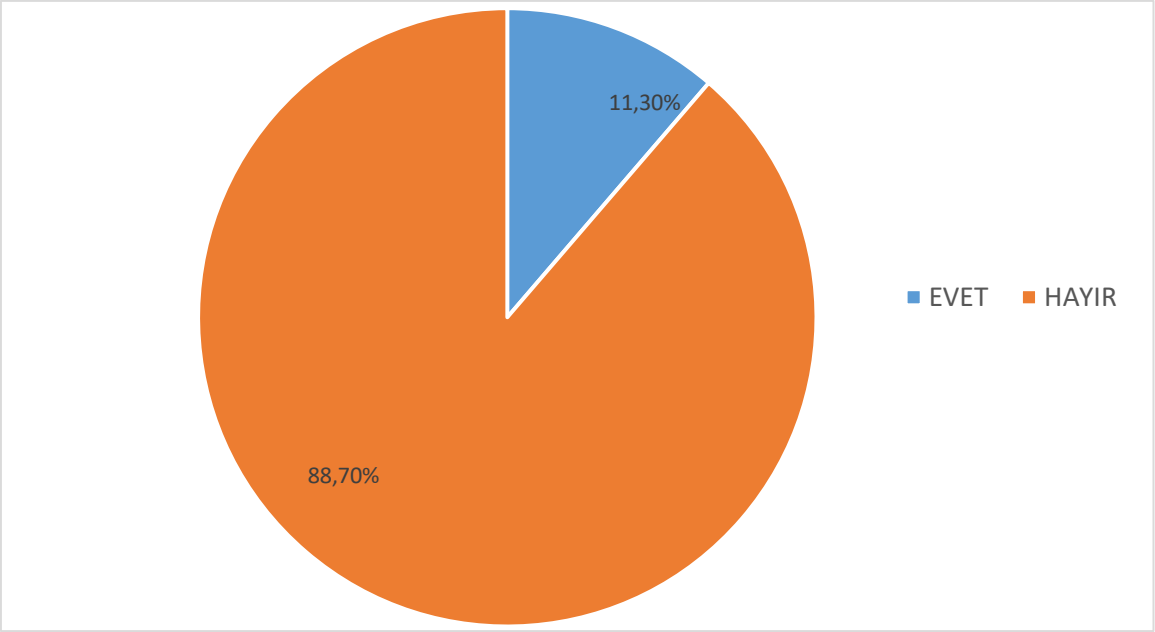
Hekimlerin istismar vakasını bildirme kurumları ile hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitim alma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmadı. Veriler Tablo 22'de özetlenmiştir.

Tablo 22. Hekimlerin istismar vakasını bildirme kurumları ile hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitim alma durumlarının karşılaştırılması

		OLGU 2- FİZİKSEL İSTİSMAR NEREYE BİLDİRİRLER?							p
		Emniyet	Tsm	Savcılık	Sağlık Md.	Shçek/ Aspb	Muhtarlık	Bilmiyorum	
Hekimlik Yılı	10 yıl ve altı	3 (%33,3)	11 (%11,1)	0 (%0,0)	4 (%44,4)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	11 (%11,1)	UD
	11-20 yıllık	24 (%30,0)	13 (%16,3)	6 (%7,5)	5 (%6,3)	18 (%22,5)	2 (%2,5)	12 (%15,0)	
	21 ve üzeri	62 (%35,4)	36 (%20,6)	8 (%4,6)	23 (%13,1)	22 (%12,6)	1 (%0,6)	23 (%13,1)	
Ç.İ.V.İ İle Karşılaşma	Evet	39 (%33,3)	17 (%14,5)	7 (%6,0)	20 (%17,1)	14 (%12,0)	1 (%9)	19 (%16,2)	UD
	Hayır	50 (%34,0)	33 (%22,4)	7 (%4,8)	12 (%8,2)	26 (%17,7)	2 (%1,4)	17 (%11,6)	
Mezuniyet Sonrası Eğitim	Evet	19 (%37,3)	12 (%23,5)	2 (%3,9)	6 (%11,8)	6 (%11,8)	0 (%0,0)	6 (%11,8)	UD
	Hayır	70 (%32,9)	38 (%17,8)	12 (%5,6)	26 (%12,2)	34 (%16,0)	3 (%1,4)	30 (%14,1)	

UD: İstatistiksel açıdan değerlendirme uygun değildir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin 34 (%11,3)'ü Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumunda multidisipliner çalışma içine girdiğini ifade etmiştir. Hekimlerin multidisipliner çalışma içine girme durumları Şekil 4'te özetlenmiştir.



Şekil 4. Hekimlerin Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumunda multidisipliner çalışma içine girme durumları

Hekimlerin multidisipliner çalışma içine girme durumları ile Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Veriler Tablo 23'te özetlenmiştir.

Tablo 23. Hekimlerin multidisipliner çalışma içine girme durumları ile Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

		MULTİDİSİPLİNER ÇALIŞMA İÇİNE GİRDİNİZ Mİ?		**p**
		EVET	**HAYIR**	
Ç.İ.V.İ İle Karşlaştınız Mı?	EVET	34 (26,8)	93 (%73,2)	0,000
	HAYIR	0 (%0,0)	173 (%100,0)	

5. TARTIŞMA

Çocuk ihmali ve istismarı, dünya üzerinde yüzyıllardır devam eden, insanlığın ruhen ve fiziki anlamda sağlıklı nesiller yetişmesine, dolayısıyla nitelikli gelişim sağlamasına engel olan en derin toplumsal sorunlarından biridir. Mitolojik anlatılarda dahi öldürülen veya öldürülmekten son anda kurtulan veya başka cezalar alan çocukların olması, çocuk istismarının insanlık tarihinin en karanlık ve kritik noktalarından biri olduğunu göstermektedir. Güneş tanrısı Helios'un torunu olan Medea, kocası Iason' un kendisini terk edip kralın kızıyla evlenmeyi kabul etmesinden sonra öz çocuklarını boğar ve cesetlerini babaları Iason'a gösterir. Annenin bilinçdışı olarak öz çocuğunu karşı öldürme duygusuna Medea kompleksi denilmesi, mitolojide geçen bu hikayeye dayanmaktadır (98). Toplumda her kesimden ve meslek grubundan bireyleri ilgilendiren bu konu, son yıllarda bilimsel araştırma konusu olarak da gündemdedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki tanınma ve bildiriminin çeşitli zorluklar içermesi, bilgi ve deneyim eksikliği, okul yıllarında konu ile ilgili eğitime verilen önemin artırılması ihtiyacını doğurmaktadır (99). Birinci basamak sağlık çalışanları, gerek çocuk hasta popülasyonunun çok olması, gerek ailelerle yakın ilişki içinde olması, gerekse hastaya bütüncül yaklaşımı sebebiyle çocuk ihmali ve istismarının tanınması, bildirimi ve birincil önlenmesinde temel rollerden birine sahiptir. Ülkemizde sıkça gözlenen, çocuğun acil servise bir şekilde başvurması veya hastaneye yatırılması gerektiği durumlarda emniyet birimleri, savcılık ve sosyal hizmetlerin devreye girmesi ile üçüncül korumanın sağlanmasıdır. Oysa temel koruma, hekimin çocuk istismarını ve ihmali ile ilgili bulgu ve belirtileri bilip akılda bulundurarak gerekli konsültasyonları isteyerek, gerekirse bildirim yapıp çocuğun korunmaya alınmasını sağlaması ile sonuçlanacak birincil önlemedir. Her hekimin, kuşku durumunda dahi yeterli yaklaşımda bulunabilmesi beklenir (87).

Çalışmaya katılan 300 aile hekiminin yaş grupları incelendiğinde çoğunluğun 40-49 yaş aralığında ve meslekte çalışma yıllarının %66,0 ile en yüksek 21 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır. Demir tarafından Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerle çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan benzer bir çalışmada yaş ortalaması 39,73±6,90 bulunmuştur. (32) Kayseri'de aile hekimleriyle yapılan başka bir araştırmada, hekiminlerin %66,4'ü 40-49 yaş aralığında saptanmıştır (100). 40-49 yaş aralığında aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim sayısının

benzer araştırmalarda da yüksek çıkması, aile hekimlerinin il merkezlerinde çalışabilmek için mesleki hizmet puanlarının yüksek olması gerektiğini akla getirmiştir. Benzer şekilde Şanyüz tarafından İstanbul Üniversitesi'nde hekimlerin Ç.İ.V.İ olgularına yaklaşımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan tez çalışmasında katılımcıların (101) yaş ortalamasının 33olduğu saptanmıştır. Kara tarafından yapılan tez çalışmasında da yaş gruplarının benzer oldukları görülmüştür (96). Bu durum, hekimlerin uzmanlık eğitimine mezuniyetten hemen sonra başlamayı tercih ettiklerini göstermiştir.

Çalışmamızda erkek hekim oranı fazladır, ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da erkek hekim oranları kadınlara göre yüksek saptanmıştır (102, 100). Çalışmamıza katılan hekimlerin uzmanlık durumuna bakıldığında, çoğunluğun pratisyenolduğu belirlenmiştir. Oran yapılan çalışmalarda benzer ancak uzmanların sayısında az da olsa artış görülmüştür. (102). Bu durumun geçen üç yılda aile hekimliği asistanlığı kadrolarında artışa gidilmesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan aile hekimlerin çoğunun çocuk hasta sayısı 200'den fazla idi. Evli idi ve çocuğu olanlar fazlaydı. Hemşirelik fakültesi tarafından yapılan, sağlık çalışanlarının Ç.İ.V.İ tanıma düzeylerini araştıran bir çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (103).

Olgu 1'deki ihmal durumunu doğru değerlendiren hekim oranı %78,0 ,"hem ihmal hem istismar" olarak değerlendiren hekim oranı %20,7 idi. Bu bulgular, hekimlerin büyük oranının ihmal terimini tanıdığını, belirli bir kısmının ise istismar ile farkını bilmediğini düşündürmüştür. İhmali düşündüren bulgulardan en yüksek cevap oranını büyümede gerilik almıştır. Sonrasında nörolojik gelişim geriliği(konuşamama), beslenme eksikliği, ateşinin ölçülmemesi; en düşük oranla da doğum kilosunun bilinmemesi işaretlenmiştir. 2015 yılında yapılan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını araştıran bir ölçek çalışmasında sağlık profesyonellerinin en düşük puan ortalamalarını istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerinden aldığı belirtilmiştir (104). Şanyüz, araştırmasında çocuk ihmali konusunda verilen 10 adet tümcenin doğru yanıt ortalamasını 7,4 olarak bulmuştur. Büyüme gelişme geriliği olan çocuklarda ihmali düşünen hekimlerin oranı ise oldukça yüksektir ve bu oran bizim çalışmamızda da yakın saptanmıştır (101).

Çalışmamıza katılan 300 hekimin %99,7'si istismar vakasını tanıdı. İstismar düşündüren bulgulardan "ekimozların varlığı" ve "var olan ekimozların zamansal farklılıkları" yüksek cevaplanma oranına sahipti. "annenin sorulara olan tepkisi" ise büyük

oranda istismar düşündüren bulgu olarak cevaplandı. Çocuk istismarı şüphesi uyandırancümlelere verilen doğru cevaplar Ramos-Gomez ve ark. na göre (1998) (105) ve Kural'a (2014) göre benzerdi (106).

Kara'ya göre de hekimlerin çoğunluğunun öyküde fiziksel ve cinsel istismardan şüphelenilen bulguları, fizik muayenede fiziksel istismar, cinsel istismar ve sarsılmış bebek sendromundan şüphelenilen bulguları doğru yanıtlamış olmaları çalışmamızı destekler niteliktedir (96). Çalışmamızda olgu, anket sorularının cevabını açıklar nitelikte yazdığından, hekimlerin "istismar düşündüren bulgulara" verdikleri cevapların oranı şaşırtıcı olmamış, aksine beklenilenden düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlere Olgu 2'de belirtilen istismarın türü sorulduğunda, %99,0'u fiziksel istismar olduğunu, %70,7' si ihmal olduğunu, %67,3'ü duygusal istismar olduğunu, %15,7'si cinsel istismar olduğunu belirtmiştir. Doğru cevap olan fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmalin bir arada cevaplanma oranı ise %42,0'dir. Doğru cevabın düşük oranda olması, hekimlerin ihmal ve istismar türlerini ayırmada kavram kargaşası yaşadıklarını düşündürmektedir. Şanyüz, fiziksel istismara yönelik verilen 10 tümcenin doğru yanıt ortalamasını 7,6 olarak, cinsel istismara yönelik verilen 10 tümcenin doğru yanıt ortalamasını 7,9 olarak bulmuştur. Yine Şanyüz'ün araştırmasında hekimler meslek hayatlarında karşılaştıkları istismar vakalarını değerlendirirken, çoğunlukla fiziksel ve cinsel istismarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (101). Araştırmamız, fiziksel istismarı tanıma ve cinsel istismar yokluğunu bilme açısından Şanyüz'ün araştırması ile yakın sonuçlar içerse de, duygusal istismar ve ihmalin tanınmasında güçlük yaşandığı aşikârdır. Kirankumar ve ark.'a göre, Hindistan'da ihmal ve istismar farkını bilen sağlık çalışanı oranı sadece %27'dir (107).

Mennen ve ark.'a göre, ihmal edilen çocukların sadece %5'inde diğer istismar türleri görülmeden pür ihmal görüldüğü ve ihmal edilmiş çocukların diğer çocuklara göre daha farklı kötüye kullanıma maruz kaldığı saptanmıştır (108).

9 Balkan ülkesinde yürütülen BECAN'a göre Türkiye'de en yüksek istismar oranı duygusal istismardır ve onu fiziksel istismar ve ihmal takip etmektedir. Bu Balkan ülkelerinde en yüksek oranda görülen ihmal vakası da Türkiye'dedir (80). Duygusal istismarın sık görülmesi sebebiyle yadırganmaması ve karakteristik özellikleri sebebiyle saptamanın zorluğu, hekimlerin tanıma güçlüğü çekmelerini açıklamaktadır.

İstismar vakasıyla karşılaştığında hastanın bildirimini yapacağını belirten hekim %83,0, bildirmeyeceğini belirten hekim %3,3, bildirip bildirmeyeceğini bilmediğini belirten hekim %13,7 oranında saptanmıştır. Benzer şekilde Kara'nın çalışmasında Ç.İ.V.İ olgusu ve şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapmayı hekimlerin çoğunluğu düşünmektedir (96). Adli tıp ve çocuk ve ergen ruh hastalıkları uzmanları ile yürütülen bir çalışmada aslı olmayan bir cinsel istismar iddiası içeren olgu hazırlanmış, katılımcılara böyle bir vaka ile karşılaştıklarında bildirip bildirmeyecekleri sorulmuştur. Sonuçlar benzerlik göstermektedir (89).

Lazenbatt ve Freemann'ın yaptıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının fiziksel istismar farkındalığı çalışmasında, katılımcıların%60'ının meslek yaşantılarında şüpheli istismar vakasıyla karşılaşmış, ancak %47'sinin bildirimde bulunmuş olduğu; %74'ünün Ç.İ.V.İ vakalarının bildirimini bilmelerine karşın %79'u eğitim gereksinimi olduğunu belirttiği saptanmıştır (83). Leung ve ark.'nın araştırmasına göre birinci basamaktaki hekimlerin yarısı fiziksel istismarla karşılaşmış, ancak yarısından azı bütün vakaları bildirmiş, çoğunluğu ise hiç bildirimde bulunmamıştır. Hekimlerin %23,4'ü cinsel istismarla karşılaşmış, %47,5'i rapor yazmış, %40,0'ıise hiç rapor yazmamıştır (85).

ABD'de şüpheli çocuk istismarı muayene eden hekimlerin kayıtlarının incelendiği bir çalışmada, hastaların %6'sı çocuk koruma merkezlerine rapor edilmiştir. Bildirme oranları, hasta hekime şüpheli istismar vakası olarak sevk edilmişse ve hekim yaralanmanın anlatılan hikaye ile arasında tutarsızlık olduğunu fark ettiğinde artmıştır. Hastalar laserasyonu yoksa ailesinde 1'den fazla risk faktörü varsa, ciddi yaralanması varsa, çocukta çelişkili yaralanma dışında risk faktörü varsa, siyahi ise, hekimin tanımadığı bir hastaysa daha fazla bildirilmişlerdi (110).

Konu ile yapılan çalışmalar göstermektedir ki, hekimler istismar vakalarına karşı ilgili görünmekte, karşılaşma ihtimallerine karşı bildirme ihtimallerini yüksek görmektedirler. Fakat istismar vakasını meslek yaşantılarında tecrübe eden sağlık çalışanlarının bildirim oranları göstermektedir ki, adli rapor yazma-bildirim yapma işlemi hekimleri korkutmakta veya zor gelmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimler, karşılaştıkları olası fiziksel istismar mağduru hastalarını %29,7 oranla emniyete, %16,7 oranla toplum sağlığı merkezine, %13,3 oranla sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu veya aile ve sosyal politikalar bakanlığına, %10,7 oranla sağlık müdürlüğüne, %4,7 oranla savcılığa, %1,0 oranla muhtarlığa

bildireceğini; %12,0'si nereye bildireceğini bilmediğini ifade etmiştir. 2014 yılında diş hekimliğinde yapılan bir çalışmada "Çocuk istismarından şüphe ettiğinizde bunu hangi kuruma bildirirsiniz?" sorusuna verilen cevaplar "çocuk koruma merkezi", "yerel polis" ve "kurumumdaki benden daha yetkili kişiye" ifadeleri olarak değişmektedir (106).

2010 yılında pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin Ç.İ.V.İ konusundaki yaklaşımlarını karşılaştıran çalışmaya göre, olası Ç.İ.V.İ olgusu ile karşılaşan hekimlerin %60,2'si adli rapor tutarken, %38,5'i polise haber vereceğini belirtmiş. Ünvanlarına göre; pediatri asistanları ve uzmanları öncelikle adli rapor tutarken ikinci sıklıkta SHÇEK'e rapor yazmak olduğunu belirtmişlerdir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin %61,2'si öncelikle polise haber vereceğini belirtmişlerdir (96). Şanyüz'ün, Türkiye genelinde oluşturduğu örneklemde, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, çocuk cerrahları, ortopedi ve travmatoloji uzmanları, beyin ve sinir cerrahları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, genel cerrahlar ve acil servis hekimleri ile acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerden oluşan katılımcılarla yaptığı çalışmada, Ç.İ.V.İ ile karşılaşan hekimlerin vakaları %14 ile en fazla oranda polis/jandarmaya bildirdikleri belirtilmiştir (101). Akçay'a göre Ç.İ.V.İ bildirimini %97,4 hekim hastane polisine ve/veya %18,4 hekim SHÇEK'na ve/veya %15,8 hekim savcılığa ve/veya %13,2 hekim çocuk polisine yapmaktadır (87).

Bizim çalışmamızla aynı paralellikteki sonuçların alındığı gözlenen benzer araştırmalar gösteriyor ki, hekimler bildirim konusunda en çok yerel polise güven duymaktadır ve istismar vakalarını birlikte çalıştıkları daha yetkili birime iletmeyi bildirim olarak görmektedir.

Hekimlerin istismar vakasını bildirmekten kaçınma sebeplerini %2,7 hekim "hastanın mahremiyetine saygısızlık etmek istemem", %4,7 hekim "hasta hakları kapsamında, hastayla ilişkimi sarsmamak adına sır saklamam gerektiğini düşünürüm", %20,7 hekim "tehdit alma, şiddet görme, dava açılması vb. gibi başıma bir şey gelmesinden korkarım", %27,7 hekim "çocuğun ya da ailenin başına bir şey gelmesinden korkarım", %10,3 hekim "SHÇEK gibi kurumlara güvenmiyorum" şeklinde ifade etmiştir. Açık uçlu kısımda kendi ifadeleriyle 1 hekim "bildirimlerin anlamlı olmadığı durumlarda başka türlü yardım yolları ararım", 1 hekim "bir şey değişeceğini düşünmüyorum", 1 hekim "bürokratik işlemler uzun sürüyor", 1 hekim "hekimi koruyan bir sistem yok", 1 hekim "takip eder, devam ederse bildiririm" yazarak kendi cümleleriyle düşüncelerini belirtmişlerdir.

İsveç'te 3 yazılı fiziksel olgu örneği ile pediatri hekimleri, birinci basamak hekimleri ve tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada, hekimlerin raporlama yapmamalarının ortak sebepleri başlıca hasta yakınlarının saldırılarından çekinme, gözlemlerini tanımlama ve ifade etme güçlüğü, yeterince zaman olmayışı, eğitimlerini yetersiz hissetmeleri, raporlarının çocukların ve ailelerinin durumunda bir değişikliğe yol açmayacağı duygusu olarak literatürde de belirtilmiştir (59, 101). Kara'nın çalışmasında daha önce olgu ile karşılaşan ve bildirimde bulunmayan hekimlere bildirim yapmamalarının nedenleri sorunmuş, bu nedenlerin başında %78,3 ile Ç.İ.V.İ hakkında yeterli bilginin olmayışı gelmiştir. Bunu %68,7 ile nereye bildirim yapacağını bilmemek izlemiştir (96).

Van Haeringen ve ark.'na göre pratisyen hekimler %43 oranında şüpheli olguların raporlanmasından kaçınmaktadırlar. Bildirimden kaçınan hekimlerin endişeleri, bildirimden sonra çocuk ve ailesinin karşılaşabileceği sorunlarla ilgili olmuştur (88). Borres ve arkadaşları, İsveç'te hekimlerin şüphelendikleri Ç.İ.V.İ vakalarını bildirmeme sebepleri arasında en çok sosyal hizmetlere güvensizlik duyduklarını belirtmişlerdir. Diğer sebepler arasında ebeveynlerle sorun yaşamaktan korku duymaları, gereksiz gözlem ve tetkikler, zaman eksikliği ve eğitimsizliktir (59). Diğer bir yandan, geçen yıllar içinde birinci basamakta çalışmak üzere diğer ülkelerden hekimlerin çalışmak üzere İsveç'e göç etmesi, farklı kültür ve eğitimlerin şüpheli istismar vakalarının yönetiminde etkili olmuştur (111). Talsma ve ark. İsveç'te birinci basamak hekimlerinin Ç.İ.V.İ olgularını bildirmeme sebeplerini araştırmış, hekimlerin cevaplarını şüpheleri hakkında emin olmama, çocuğun izleminin kısa süreli olması, başka bir sağlık merkezine sevk etme, sosyal servislerin aileyle temasta olması, istismar konusunda bilgi eksikliği, zamansızlık, raporlamanın çocuk için olumlu olacağını sanmamaları ve tek başına aileye yardım edebileceği düşüncesi olarak özetlemiştir (112).

Leung ve ark, Hong Kong'da yaptıkları araştırmada, birinci basamak hekimlerinin istismar vakalarını bildirmeme sebeplerinin başında yeterli delil eksikliğinin geldiğini bildirmiştir. Bunu hukuki sürece veya mahkemelere müdahil olmadaki gönülsüzlük ve bildirim yapmanın çok fazla zaman alması şeklindeki ifadeler takip etmiştir. Diğer cevaplar daha düşük oranlarla "bildirim yapmak, aileye yarar sağlamaktan çok zarar veriyor", "geleneksel tavrın dışına çıkmak istemiyorum", "bildirim yapmak, aileye yarar sağlamaktan çok zarar veriyor", "hukuki sisteme bulaşmak istemiyorum" olup, çalışmamıza benzer

olarak tüm dünyada hekimlerin çocuk istismarını bildirmeme sebeplerinin ortak olduğunu göstermektedir (109).

Adli olguların bildirimleri, Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekime getirdiği yükümlülükler, hasta hakları ve gizliliği, hukuksal boyutları, etik ilkeler nedeniyle tartışmalı durumlara neden olmakta ve hekimin nesnelliğini kısıtlayabilmektedir. Hasta hekim ilişkisi güvene dayalı bir ilişkidir. Ancak adli olguların bildirimindeki zorunluluklar bu güven ilişkisi ile ters düşmektedir. Yeni Türk Ceza Kanunu "bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu" getirmektedir (113). Olgu etik yönü ile değerlendirildiğinde hekimin rolü suçluyu bulmak değil hastanın tedavi hakkını sağlamak ve hastanın gizliliğini korumak olmalıdır. Bu bilinçle yola çıkıldığında hekimler arasında pek çok çelişkili tutum olması şaşırtıcı olmamaktadır. Ancak hekimlerin gizlilik ilkesi, istismar gibi suç unsuru olan konularda göz ardı edilmelidir. İstismar olayları genellikle süreğendir, kurban ortamdan uzaklaştırılmadıkça yapılacak tedavi de anlamsızdır ve anlamsız tedavinin gizliliğinden bahsedilmemelidir (89).

Cinsel istismar tanısını kesinleştirmeden önce hekimlerin nasıl bir yol izleyeceğini sorgulamak amacıyla, hekimlere anamnez sonrası ne yapacakları sorgulandığında, %5,3'ü ayrıntılı anamnez alacağını veya ayrıntılı fizik muayene yapacağını, %4,7'si psikiyatrik muayene yapacağını veya hastayı psikiyatriye sevk edeceğini belirtmiştir. Çocukların istismar sonrasında kendiliğinden açıklama yapmamalarından dolayı, cinsel istismar bildiriminde bulunan çocuklarla yapılacak ilk görüşmenin kolay anlaşılır, açık uçlu olarak tanımlanan sorulardan oluşturularak yapılandırılması gerektiği belirtilmektedir. Çocuklar ile yapılacak görüşmelerin, bu konuda eğitim almış kişiler tarafından, çocuğun dikkatini dağıtmayan ve kendini rahat hissedeceği bir ortamda yapılması büyük önem taşımaktadır (114). Hekimin çocukla önceden oluşturulmuş bir ilişkisi yoksa görüşme sırasında okul, arkadaşlar, hayvanlar gibi çocuğun tehdit olarak algılamayacağı konulardan bahsederek de güven ortamı oluşturulabilir, ima edici veya yönlendirici sorular yerine açık uçlu sorularla çocuğun hikayeyi anlatmasını sağlayabilir (115).

Hekimlerin "ayrıntılı anamnez alırım" ifadesini çocuğa daha fazla güven ortamı sunarak, rahatlamasına yönelik öykü almak olarak değerlendirdiğimizde az da olsa bir bölümünün tanıyı kesinleştirmek için temel adımı attığını görmekteyiz.

Hekimlerin %54,0'ü anal muayene, rektal muayene, genital muayene, ürolojik muayene, perine muayenesinden bir ya da bir kaçını yapacağınıbelirten hekimlerde

olmuştur. Ayrıntılı fizik muayene çoğu vakada diğer aletleri kullanmayı gerektirmez. Kız çocuklarında labiumda ayrılma ve çocuk supin pozisyondayken kalça abduksiyonu ve dizlerin bükülmesi (kurbağa bacağı pozisyonu) ile labial hattın muayenesi yeterli şekilde yapılmış olur. Spekulum muayenesi kontrendikedir. İntravajinal lezyondan şüphelenildiğinde, genel anestezi altında vajinoskopi yapılmalıdır. Erkeklerde ise, penis ve skrotumun inspeksiyonundan oluşmaktadır. Anal muayene, çocuk supin pozisyondayken dizlerini göğsüne çekmesi ile (cannon-ball position) anal sfinkter ve genital hattın dıştan inspeksiyonu şeklinde yapılır. Anoskopi veya rektal tuşe rutinde önerilmemektedir (115). Akçay'ın çalışmasında hekimlerin %84,2'i öykü ve genital bölge muayenesi ile tanı konulabileceğini, bunun öneminin büyük olduğunu bilmektedirler (87).

Bu çerçevede çalışmamıza katılan hekimlerin anal ve genital muayene yapmaya yönlenmeleri cinsel istismar vakasına yaklaşımlarının çözüm odaklı olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin %4,0'ü laboratuar tetkikleri (hemogram, biyokimya, gaitada gizli kan/parazit, tit, idrar kültürü) ya da batın ultrasonu isteyeceklerini ifade etmişlerdir. Çocuk cinsel istismarının kesin tanısının gebelik varlığı ile konulduğu gibi, sperm ve seminal sıvı analizleri, cinsel yolla bulaşan hastalıkları aranması da tanıya giden yolda gereklidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların, bazı olgularda cinsel istismarın tespit edilebilen tek bulgusu olduğu bildirilmektedir (116). Çalışmamıza katılan hekimlerin laboratuar tetkiklerini genelde istismar dışında bir hastalık etkeni aramak amacıyla istedikleri görülmüştür. Elbette ki diğer hastalıkları dışlamak istismar tanısını koymada önemlidir. Hekimlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili tetkikler, semen analizi, gebelik tahlili vs istememe sebepleri tek şekilde yorumlanabilir; hekimler, olgunun cinsel istismar olabileceğini düşünmemiş ve/veya akıllarına getirmemişlerdir.

Hekimlerin %23,3'ü ek muayene yapmayacağını belirtmiştir. Ek muayene ya da tetkik istemeyen hekimler, hastada çocuk cinsel istismarını düşünmeseler dahi, karın ağrısı, kabızlık ve dışkıda kan görme şeklinde aktif yakınmaları olan, yakın zamanda geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan çocuk hastaları ile ilgilenmeyerek ihmal etmiş sayılmaktadırlar.

Hekimlere muayeneyi nasıl bir ortamda yapmak isteyecekleri sorusu, böyle bir hastada hekimlerin cinsel istismardan şüphelenip şüphelenmeyeceklerini öğrenme ve bu durumda muayene esnasında kimlerle birlikte olmak isteyeceklerini öğrenme amaçlı sorulmuştur. Bu

konuda literatürde ortak bir karara rastlanılmamıştır ve yapılan araştırmalarda bu konuya değinilmemiştir. Çalışmamızda bu soruyu sormamızdaki temel neden doğru davranışın tespitinden ziyade, hekimlerin bu konudaki görüşlerini almaktır. Katılımcı hekimlerin %83,3'si başka bir sağlık personeli eşliğinde, %25,7'si anneanne ile aynı ortamda, %6,3'ü yalnız hekim ve hasta varlığında yapacağını; %7,0'si ileri muayeneye geçmeyeceği cevabını vermiştir.

Amerikan Pediatri Akademisi'ne göre, çocuk görüşme boyunca mümkün olduğunca ebeveynden ayrılmalıdır. Ebeveynlerin görüşmede bulunmaları, bilerek ya da bilmeyerek çocuğun durumunu etkilerler. Ebeveyn herhangi bir istismarcıdan şüpheleniyorsa ya da istismarcı ile iş birliği halinde ise, çocuğu ebeveynlerden ayrılmak, sindirilmiş ve korkutulmuş hissetmesinden korumada özellikle önemlidir. Ebeveyn, eğer çocuk isterse muayeneye sonradan dahil olabilir (115).

Türkiye'de yapılan bir yüksek lisans projesinde cinsel istismar muayenesi esnasında çocuğun annesi ve/veya onu muayeneye getiren aile bireyinin de yanında olması, ergen olanların ise annelerini muayene sırasında yanlarında isteyip istemedikleri sorulması gerektiği belirtilmiştir (11). İlk kez, İstanbul Tabip Odası tarafından çıkartılan Klinik Gelişim Dergisi'nin "Adli Tıp" özel sayısında yayınlanan, 2010'da "Birinci Basamakta Adli Tıp" adı ile kitaplaştırılan yayında, özellikle 7 yaşından küçük çocukların ebeveynlerinin kucağında muayene edilmesi çocuğu daha az rahatsız edeceğinden bahsetmektedir (116). "Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı- İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım" cinsel istismara uğrayan çocuğun muayenesinin güvenilir ve ilgili bir yetişkin (genellikle anne) huzurunda yapılmasını önermektedir (20).

Hekimlerin başka bir sağlık personeli ile muayene yapmaları, genel muayene etiği içinde değerlendirildiğinde, kendilerini hukuki olarak korumaları açısından doğal olarak kabul edilebilir. Kolposkopi yapılacaksa veya sürüntü örneği alınacaksa iki hekimin bir arada çalışması önerilmektedir (20).

Hekimlerin emin oldukları cinsel istismar vakalarında bildirim davranışı ve tutumlarını araştırmak amacıyla sorulan soruya %81,0 hekim hastayı adli tıp, çocuk psikiyatrisi ve çocuk cerrahisine yönlendireceğini, %54,3 hekim durumu cumhuriyet savcılığına bildireceğini, %41,3 hekim çocuğa ne yapılması gerektiğini söyleyip, aileye durumu anlatacağını söylemiştir. Daha az oranlarla %3,7 hekim durumla ilgili herhangi bir bildirimde bulunmayacağını, %1,0 hekim hastasıyla arasındaki güven ilişkisinin

bozulmasını istemediğinden aileye anlatmayacağını, %0,3 hekim çocuğun tedavisini düzenleyip çocuğa/aileye herhangi bir açıklama yapmayacağını ifade etmiştir.

Şanyüz'ün araştırmasında cinsel ilişki olgusu ile karşılaşan 373 hekimden sadece 10 unun hekim sorumluluğu açısından herhangi bir eylemde bulunmadığı, penetrasyon varlığı ile cinsel istismar tanısı koyan 5 hekimin de aileye bildirimde bulunmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada "diğer" kısmına katılımcıların belirttiği tutumlar "adli tıbba sevk ettim", "sevk ettim", "ilgili konsültasyon istedim", "çocuk istismarı önleme komisyonuna bildirdim", "sosyal hizmetlere bildirdim" şeklindedir (101). Akçay'ın çalışmasında hekimlerin istismar ya da ihmal şüphesi olan çocuğun korunmasına yönelik sorulardan "Adli mercilere haberdar ederim (çocuk polisi ve savcılık)" tümcesini %97,4 hekim, "SHÇEK'e bildiririm" tümcesini %59,2 hekim doğru bilmiştir (87).

Ç.İ.V.İ ile ilgili literatürdeki birçok çalışma, konu ile ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarının tanı koyma, yaklaşım ve bildirimde yüksek oranda başarılı olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda hekimlerin %18'i mezuniyet sonrası eğitim almıştır.

Kara'ya göre Mezuniyet sonrası eğitim alma oranı pediatri asistanlarında %46,0, pediatri uzmanlarında %60,0 ve pratisyen hekimlerde %61,2'dır. Çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet sonrası Ç.İ.V.İ ile ilgili bilgi ve eğitim alma oranı pratisyen hekimlerde pediatri asistanları ve uzmanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (96).

Akçay, çalışmasında asistan hekimlerin %78,9'u mezuniyet öncesi eğitimde, %86,8'i mezuniyet sonrası eğitimde Ç.İ.V.İ ile ilgili yeterli düzeyde eğitilmediklerini düşündüklerini;%93,4'ü olanak bulurlarsa Ç.İ.V.İ konusunda eğitim almak istediklerini saptamıştır (87). Demir'in çalışmasında Edirne ilinde 2013 yılında birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin %58,9'unun mezuniyet sonrasında Ç.İ.V.İ konusunda eğitim aldıkları belirtilmiştir (102). Şanlıurfa'da 2012'de yapılan bir araştırmada hemşirelerin %37,5'i konu ile ilgili seminer veya konferansa katıldığını belirtmişlerdir (117). Cirit'in çalışmasında 2015 yılında Mersin'de birinci basamakta çalışan doktorların %24'ü, hemşirelerin %57'si ve ebelerin %43'ü mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda sertifikalı bir eğitim almıştır (104). Flaherty ve ark., ABD'de birinci basamak'ta çalışan 85 hekimin yaklaşık %75'inin 1 ila 250saatlik (ortalama 2 saat) Ç.İ.V.İ ile ilgili eğitime katıldığını belirtmiştir (110). Çalışmamız, 2015 yılında İzmir ili birinci basamakta çalışan hekimlerin, literatürdeki

yurt içi ve yurt dışı çalışmalarla kıyaslandığında, Ç.İ.V.İ ile ilgili mezuniyet sonrası eğitiminin daha az olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hekimlik hayatları boyunca Ç.İ.V.İ vakalarıyla karşılaştığını belirten hekim oranı %42,3'tür. Hekimlerin %6,3'ü 1979-1999 yılları arasında, %17,3'ü 2000-2009 yılları arasında, %15,3'ü 2010-2015 yılları arasında karşılaştığını; %3,3'ü ne zaman karşılaştığını hatırlamadığını ifade etmiştir. Kara'ya göre Çalışma sürelerince pediatri asistanlarının %70,5'i, pediatri uzmanlarının %82,0'si ve pratisyen hekimlerin %54,8'i Ç.İ.V.İ olgusu ile karşılaşmışlardır (96). Demir'in çalışmasında hekimlerin son 1 yılda Ç.İ.V.İ vakası ile karşılaşma oranı %21,1'dir (102). Şanyüz'e göre ise hekimler %25 oranında Ç.İ.V.İ ile karşılaşmışlardır (101).

Cirit'in 2015'te Mersin'de yapılan araştırmasında ise birinci basamak hekimlerinin meslek hayatlarında Ç.İ.V.İ ile karşılaşma oranı %56'dır (104). İzmir'de 2014'te bir devlet hastanesinde 110 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada, katılımcıların %17,3'ü daha önce istismar şüphesi ile karşılaştıkları belirtilmiştir (103).

Lazenbatt ve Freeman, 2002 ile 2003 yılları arasında İrlanda'da yaptıkları, 419 sağlık çalışanını kapsayan fiziksel istismarı tanımaları çalışmasında, meslek hayatlarında şüpheli çocuk fiziksel istismarı olgusu ile karşılaştığını belirten hekimlerin oranını %60 olarak saptamıştır (83). Flaherty ve ark. ise 1998 yılında ABD'de birinci basamakta 1 yıl içinde Ç.İ.V.İ' dan şüphelenen hekim oranını %56 olarak belirtmiştir (110).

Literatürde yapılmış yurt içi ve yurt dışı araştırmalar gösteriyor ki, gelişmiş ülkelerde 2000'li yılların başında olan Ç.İ.V.İ tanı koyma ya da koyabilme düzeylerine Türkiye, 2010'lu yıllarda yaklaşmış, ama yetişememiştir.

Çalışmamızda, çocuk sahibi olan hekimler ile uzman hekimlerin Olgu 1'deki ihmal vakasını tanıma oranları anlamlı olarak yüksek saptandı. Benzer araştırmalarda çocuk sahibi olan doktorların Ç.İ.V.İ Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek puan ortalaması çocuk sahibi olmayan doktorların puan ortalamasındananlamlı derecede yüksek bulunmuş (102, 104) olduğu gibi, hekimlerin çocuk sahibi olmaları ile çocuk ihmali, fiziksel ve cinsel istismarı tanımaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanmadığı çalışmalar mevcuttur (87).

Yine Demir'in çalışmasında aile hekimliği uzmanlarının genel ölçek ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (102).

21 yıl ve üstü hekimlik yapan ve Ç.İ.V.İ ile karşılaşan hekimlerin ihmal vakasını tanıma oranları istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Meslek hayatı kısa olan hekimlerin ise şüphelendikleri cinsel istismar olgusunda aileye durumu anlatmayı düşünmeme oranı anlamlı olarak fazla saptanmıştır. Kara'nın çalışmasında 25–29 yaş arası grubun bilgi puanı ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiş ve 1 yıldan az çalışan hekimlerin Ç.İ.V.İ konusundaki bilgi düzeyi düşüklüğü istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (96). Çalışmamızdaki bulgular, meslek hayatı uzun olan hekimlerin, ihmal ve istismar vakalarını tanıma, hastayı ve aile yakınlarını bilgilendirme becerilerinin, zaman ve tecrübe ile kazanılan birer yeti olduğu akla getirmektedir.

Şüpheli cinsel istismar vakasında multidisipliner çalışmayı düşünme oranı meslek hayatı uzun olanlarda yüksek bulunmuştur. Yine Ç.İ.V.İ ile karşılaşan hekimlerin geçmişte multidisipliner çalışma içine girme oranı fazla olup olası durumda multidisipliner çalışmayı düşünmektirler. 1995 yılında ABD'de yapılan bir çalışma, üniversitelerdeki multidisipliner çalışma ekiplerinin şüpheli istismar vakalarını değerlendirmedeki önemini, literatürdeki birçok araştırmayı örnek göstererek vurgulamıştır (118). Kara, çalışmasında Ç.İ.V.İ ile karşılaşan hekimlerin konu hakkındaki bilgi düzeylerinin anlamlı oranda yüksek olduğunu saptamıştır (96). İstismar vakası ile karşılaşıldığında multidisipliner çalışma içine girilmesi gerektiğini bilmenin, istismar vakasına yaklaşımda en doğru değerlendirmelerden biri olduğu düşünüldüğünde; çalışmamız literatürü destekler niteliktedir. Ç.İ.V.İ ile karşılaşma tecrübesi, konu ile ilgili doğru bilgi ve yaklaşım yöntemlerini öğrenmede en önemli etmen niteliğindedir.

Kadın hekimlerin fiziksel istismar vakasını bildirme oranlarının bildirim yapan erkek hekimlerden fazla olması istatistiksel açıdan anlamlı saptandı. Al-Moosa ve ark.'nın Kuveyt'te 117 pediatri hekimi ile yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre Ç.İ.V.İ'ni daha fazla tanıdığı saptanmıştır (119). Akçay'ın çalışmasında, kadın hekimlerin ve kıdemli hekimlerin istismar vakalarına yaklaşım ve bildirim hakkındaki istekliliği, diğer hekimlere göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır (87). Şanyüz, çalışmasında kadın hekimlerin Ç.İ.V.İ tanısı koymada daha başarılı olduğunu vurgulamaktadır (101). Kadın hekimler, gerek konu ile ilgilenme ve bilgi edinme, gerekse anne ile empati kurarak bildirim yapma konusunda pek çok araştırmada erkek hekimlere göre yüksek başarı oranına sahiptir.

Hekimlerin fiziksel istismar vakasını bildirme durumları ile hekimlik yılı, Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumları, mezuniyet sonrası eğitime katılma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Kural'ın diş hekimleri ile yaptığı araştırmada, lisans sonrası Ç.İ.V.İ ile ilgili eğitim alma ve son 5 yıl içinde şüpheli istismar vakasını ihbar etme oranı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (106).

Çalışmamızda, mezuniyet sonrası konu ile ilgili eğitim alan hekimlerin ve Ç.İ.V.İ ile karşılaşan hekimlerin şüpheli cinsel istismarı savcılığa bildirme oranları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Socolar çalışmasında hekimlerin istismara yaklaşımlarında verilen periyodik eğitimin olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir (120). Shor, İsrail'de Ç.İ.V.İ tanı ve bildiriminde pediatrları hangi faktörlerin etkilediğini gösteren çalışmasında, davranışlarının deneyimleri ile ilişkili olduğunu gösterdi. Farkındalıkları az olan hekimlerin konuyu daha az önemsedikleri belirlendi (85).

6. SONUÇ

Çalışmamızda hekimlerin Ç.İ.V.İ. bulgularını tanıma düzeyleri, yakın zamanlarda yapılan benzer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur. Hekimlerin istismar türleri arasındaki farkı bilmemeleri, karşılaşacakları vakaya yaklaşımlarında ve bildirim konusunda aksaklıklara yol açabilir.

Hekimler Ç.İ.V.İ'ın risk etmenlerini ve tanıda önemli olan anamnez ve fizik muayene bulgularını bilseler dahi, beklenmedik bir anda Ç.İ.V.İ ile karşılaşma durumunda olguyu yönetim zafiyetleri yaşamaktadırlar. Hekimlerin olguları bildirecekleri kurum konusunda ortak fikirleri bulunmamaktadır ve bildirim konusunda da farklılık yaşamaktadırlar. Bu eksiklikler ve farklılıklar, hekimlerin konu ile ilgili farkındalık düzeylerinin yetersiz oluşu ile açıklanabilir. Bu sorunların ancak eğitimlerin artırılması ve sıklaştırılması ile aşılabileceğini düşünmekteyiz.

Hekimlerin Ç.İ.V.İ tanı ve tedavisinde multidisipliner çalışma içine girilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği mevcuttur. Birinci basamakta multidisipliner çalışma gerektiren pek çok hastalık ve durumda yaşanılan bu sorun, birinci basamak hekimlerinin diğer kurumlardan fiziken uzak çalışması ile açıklanabilir ve sebebin daha ayrıntılı açıklanması için yeni araştırmalar geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aral N.: Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı, Milli Eğitim Dergisi, Sayı 151, 2001
2. World Health Organization. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Health Organization. Geneva, 2002.
3. Ziyalar N. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu 1999; 2:31-33.
4. Bernet W. Çocuğa Kötü Muamele. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Editörleri). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s.3412-23.

5. Evans P. (Editör), Başak O. (Çeviri editörü) Wonca Europe 2005. Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Barcelona, 2005.
6. Dokgöz H, Afşin H. Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede diş hekiminin rolü. Adli Tıp Kurumu Yayınları 2004: 311-323.
7. Faller K.C. Social work with abused and neglected children: A manual of interdisciplinary practice.1st Ed., New York: Free Press, 1981.
8. Feshbach S. Child abuse and the dynamics of human aggression and vioience. Child abuse: An agenda for action. 1st Ed., New York: Oxford University Press, 1980: 48-60.
9. Bartholdsson O. Corporal Punishment of Children and change of attitudes. Children & Society 2001; 21:446-457.
10. Dokgöz H, Afşin H. Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede diş hekiminin rolü. Adli Tıp Kurumu Yayınları 2004: 311-323.
11. Yalçın N., Türkiye'de Çocuk İstismarı Ve Çözüm Önerileri, Yüksek Lisans Projesi, 2011, İstanbul.
12. UNICEF, Çocuğa Karşı Şiddeti İzleme ve Göstergeleri Kılavuzu, 2013
13. Pinheiro P., World report on violence against children (Çocuğa Karşı Şiddet Dünya Raporu), 2006, Geneva
14. Brown J, Cohen P, Johnson JG ve ark, A longitudinal analysıs of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self- reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl 1998; 22:1065-1078.
15. Kaufman J, Zigler E, Do abused children become abusive parents? Am J Orthopsychiatry 1987; 57:186-192.
16. McElroy EM, Rodriguez CM, Mothers of children with externalizing behavior problems: Cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. Child Abuse Negl 2008; 32:774-784.
17. Sedlak AJ, Broadhurst DD, The third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3).U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC. 1996).
18. Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008.

19. Şimşek, F; Ulukol, B;Bingöler, B; "Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış", Adli Bilimler Dergisi, 2004; 3(1):47-52.
20. Dağlı E.T., İnanıcı M.A., Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım, 2011
21. Kurtay D., Özkök S.M., Barlık A.Y., Yatağan M., Kurtay A., Akman E., Varlık A.: Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması, Aydın 2004.
22. Akşit S, Koç F. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ege Pediatri Bülteni 2008;15(2):123-33.
23. Schreier H. Factitious disorder by Proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:668-670.
24. Godding V, Kruth DM. Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy: An outpatient challenge. Arch Dis Child 1991;66:956-60.
25. Şenocak M.E., Türken A., Büyükpamukçu N., Urinary obstruction caused by factitious urethral stones: an amazing manifestation of Munchausen syndrome by proxy. J Pediatr Surg. 1995 Dec; 30(12):1732-4).
26. Şahin F, Kuruoğlu A, Işık AF, Karacan E, Beyazova U. Munchausen syndrome by proxy: a case report. Turk J Pediatr 2002; 44:334-338.
27. Tamay Z, Akcay A, Kilic G, Peykerli G, Devecioglu E, Ones U, Guler N.Corrosive poisoning mimicking cicatricial pemphigoid: Munchausen by proxy. Child Care Health Dev. 2007; 33(4):496-9).
28. AAP Committee on child abuse and neglect. Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries-technical report. Pediatrics 2001; 108 :206-10
29. King J.W., Morag M., Sirnick A., Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. CMAJ 2003; 168(2):155-58.
30. Kara B., Biçer Ü., Gökalp A.S., Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 47:140-151
31. Prasad M.R., Ewing-Cobbs L., Swank P.R., et al. Predictors of outcome following traumatic brain injury in young children. Pediatr Neurosur 2002; 36:64-74.
32. Aksoy E., Çetin G., İnanıcı MA, Polat O, Sözen Ş, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, 135-146, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara. 1999.

33. Şahin F. Örselenen çocuğa klinik yaklaşım ve olguların izlemi. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi. 2006; 2(2):84-90
34. Çolak B., "Yeni Türk Ceza Kanunu Kapsamında Yaraların Değerlendirilmesi", Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Acil Tıp Dergisi. 2006; 2:1-9
35. Nakamura Y, child abuse and neglect in Japan. Pediatrics International. 2002; 44:580-581
36. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, Cilt 1, Tanımlar, 1. Baskı, 59-91, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007
37. Knight B, Saukko P. Fatal Child Abuse, Forensic Pathology, Third Edition, 461-478, Arnold, London. 2004.
38. Bull L, Children's non-accidental injuries at an accident an emergency department: does the age of the child and the type of injury matter? Accid Emerg Nurs. 2006; 14: 155-159.
39. Önal Ç. Çocuk istismarı. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi. 2007; 3 (1): 27-29).
40. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, Pérusse D, Japel C., Physical agression during early childhood: trajectories and predictors. Pediatrics. 2004; 114(1):43-50.
41. Taylor C.A., Manganello J.A., Lee S.J., Rice J.C., Mothers' spanking of 3-year-old children and subsequent risk of children's agressive behavior. Pediatrics. 2010; 125(5):1057-1065.
42. Baren JM, Mace SE, Hendry PL., Children's mental health emergencies-Part 3, Special situations: child maltreatment, violence, and response to disasters. Pediatric Emergency Care. 2008; 24(8):569-577.
43. Peltonen K, Ellonen N, Larsen HB, Helweg-Larsen K., Parental violence and adolescent mental health. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2010; 19:813-822,
44. Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL., The physically and sexually abused child, evaluation and treatment. Eds. Goldstein AP,1988
45. Smith CA, Irelant TO, Thornberry TP., Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. Child Abuse Negl. 2005; 29:1099-1119

46. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB., Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. Pediatrics. 2006; 118(3):933-942.
47. İzmirli M., Polat, N., Çocuk İstismarı ve İhlali :"Çocuk Forumu Dergisi" Nisan, Mayıs, Haziran Cilt 4, 2001-2.
48. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S., Child Maltreatment, Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009; 373:68-81
49. Topbaş M., İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004: 3(4), 76-80
50. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries – Technical report. Pediatr 2001;108:206-10.
51. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. Yeni Symposium Derg 2005;43(3):118-25.
52. Butchart A., Harvey A.P., World health organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2006; 10).
53. Sözen Ş., İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; Cinsel İstismara Uğrayan Çocuğa Yaklaşım ve Tıbbi Muayenenin Yapılandırılması, Ders Notları
54. Sezgin A.U. Ensestin Psikososyal ve Adli Yönden İncelenmesi (İstanbul Universitesi Adli Tıp Enstitusu Sosyal Bilimler Anabilim dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1993
55. Price M. Incest And The Idealized Self American Journal Of Psychoanalysis 1994; Vol:54, No:1, USA, pp. 21–37.
56. Sağır M, Balı Y, Çocuk Pornografisi Suçlarında Bilirkişi İncelemesi Ve Dijital Görüntülerdeki Mağdurun Yaş Tespiti, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2014, 5(2), DOI:10.1501/sbeder_0000000072
57. Lanning KV. Child Molesters: A Behavioral Analysis. 4th ed. Alexandria, Va, National Center for Missing & Exploited Children, 2001.

58. Erdoğan A., Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar: Pedofili: Klinik Özellikleri, Nedenleri ve Tedavisi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, 2010;2:132-160
59. Borres MP, Hagg A. Child Abuse Study Among Swedish Physicians And Medical Students. Pediatrics International 2007;49: 177–182.
60. Finkel M.A., De Jong A.R. Medical Findings in Child Sexual Abuse, in Child Abuse: Medical Diagnosis and Management. 1st Ed., USA: Lea & Febinger, 1993:185-241.
61. Ballı Ö. Çukurova Ün. Tıp Fakültesine Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi – Uzmanlık Tezi, Adana, 2010
62. Everstine DS, Everstine L, Assessment of the trauma. Sexual Trauma in Children and Adolescents , New York: Brunner/ Mazel, 1989; 12 -33
63. Fossati A, Madeddu F, Maffei C, Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. J Personality Disorders, 1999; 13:268−280
64. Kars Ö., Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. Bizim Büro Basımevi, Ankara. 1996.
65. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2006; 15(9):153-7
66. Taner,Y., Gökler B. " Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri" Hacettepe Tıp Dergisi, 2004; 35:82-86.
67. Uysal A, Özsoy A. Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmalini İçeren Küçük Öyküler Üzerine Görüş ve Tutumları. Çocuk Forumu 2003; 6:34-46
68. Bahar G., Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (12), 2009
69. http://blog.milliyet.com.tr/cocugun-ekonomik-istismari/Blog/?BlogNo=53961
70. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659
71. Polat O. Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı. Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1999: 517-533.
72. Dubowitz H. Tackling child neglect: A role for pediatricians. Pediatr Clin N Am. 2009; 56:363-78.

73. UNICEF, Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması/Özet Rapor, 2010; http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari- raporu-tr.pdf)
74. Turla A., Dündar C., Özkanli C., "Prevalence of Childhood Physical Abuse in a Representative Sample of College Students in Samsun, Turkey", Journal of Interpersonal Violence, 2010; vol. 25, no. 7, pp. 1298–1308.
75. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(3):345–55
76. U.S. Department of Health & Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm, 2014
77. Pirdehghan A., Vakili M., Rajabzadeh Y., Puyandehpour M., Child Abuse and Neglect Epidemiology in Secondary School Students of Yazd Province, Iran. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2015; 9(4): e2256.
78. Pietrantonio A.M., Wright E., Gibson K.N., Alldred T., Jacobson D., Niec A. Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers. Child Abuse Negl.2013;37(2-3):102–9.
79. Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., Miral, S., Hanci, H., Ersahin, Y, Tepeli, N., Bulguc, A. G., Tiras, B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. Child Abuse & Neglect 2001; 25, 279-290.
80. Institute of Child Health Department of Mental Health and Social Welfare Centre for the Study and Prevention of Child Epıdemiologıcal Survey on Child Abuse and Neglect (Can) in 9 Balkan Countries, Athens, 2013 January http://www.becan.eu/node/29.
81. Irmak TY. Çocuk istismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Doktora Tezi,Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2008.
82. Christoffersen M.N., DePanfilis D., Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development, Child Abuse Review 18: 24-40, 2009
83. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals, J Adv Nurs.2006;56(3):227–36.

84. Fanyuz O. Cocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı, İstanbul Universitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakultesi, Adli Tıp ABD Yuksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009
85. Shor R. Pediatricans in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children, Child Abuse Negl.1998;22(2):143–153.
86. Acık 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):791–797
87. 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 İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi, Deneyim ve Davranışlarını Belirleme Araştırması, Uzmanlık Tezi,2008,İstanbul (Danışman Prof.Dr.Serpil Uğur Baysal)
88. Van Haeringen A.R., Dadds M., Armstrong K.L., The child abuse lottery--will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect, Child Abuse 6,: NegLect. 1998; Vol. 22, No, 3, pp, 159-169
89. Çelik GG, Meral D, Tahiroğlu AY, Çekin N, Avcı A. Çocuk İstismar Olgularında Hekimin Yasal Sorumlulukları, Etik İkilemler Ve Farklı Uzmanlık Gruplarının Görüşleri. Adli Tıp Bülteni, 2007;12(3): 101-105)
90. Kaplan SJ. Child and Adolescent Sexual Abuse. “Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook” (Ed.Lewis M), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002, s:1217- 1222.
91. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O ve ark. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse & Neglect 2006;30: 247–255.).
92. Gökler I, Çocuk İstismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 9: 47-57
93. Glaser D, Child abuse and neglect and the brain.a review.J Child Psychology and Psychiatr. 2000; 41(1):97-116.
94. Glaser D, Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment):a conceptual framework. Child AbuseNegl. 2002; 26:697-714.
95. Dereboy F, Kimlik bocalaması: Anlamak, Tanımak, Ele Almak, Özmert Ofset, Malatya. 1993;Sayıl M, Erik Erikson: Psikososyal Gelişim Dönemleri ve Kimlik

.Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, AS Aysev ve YL Taner (ed) Asimetrik Paralel,İstanbul. 2007; 25-37.

96. Kara Ö. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması (Tez)Ankara; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010.
97. Oral R. Çocuk Koruma Merkezi Modeli, Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği, Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006; s: 95-96.
98. Özer E., Tokdemir M.B., Yıldırım A., Koçak U., Bütün C., Enginyurt Ö., Mitolojide çocuk istismarı olguları, Child abuse cases in mythology, Cumhuriyet Tıp Dergi 2014; 36: 111-115
99. Gölge Z.B., Hamzaoglu N., Türk B., Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi, 2012
100. Baykan Z. ve ark, Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(3):122-133.
101. Şanyüz Ö. Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı (tez) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2009.
102. Demir H., Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarıve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi (Uzmanlık Tezi), Edirne, 2012.
103. Işık Metinyurt H.A, Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezsiz Yüksek lisans Programı Dönem Projesi, İzmir, 2015Çocuk ve Medeniyet2016/1 101.
104. Cirit C. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, 2015.
105. Ramos-Gomez F, Rothman D, Blain S. (1998). Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. J Am Dent Assoc, 129(3): 340–348.

106. Kural D., Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Diş Hekimlerinin Farkındalık Düzeyleri, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Pedodonti Anabilim Dalı, İstanbul-2014.

107. Kirankumar S.V., Noorani H., Shivprakash P.K., Sinha S., Medical professional perception, attitude, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Bagalkot district of north Karnataka: A survey report ,Department of Pediatric and Preventive Dentistry, M.A. Rangoonwala College of Dental Sciences, Pune, India P.M.N.M. Dental College and Hospital, Bagalkot, Karanataka, India

108. Mennen F. E., Kimb K., Sanga J., Tricketta P. K., Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment, USA, Child Abuse Negl. 2010 Sep; 34(9): 647–658.

109. Phil W S Leunga, William C W Wong, Catherine S K Tang, Albert Lee, Attitudes and child abuse reporting behaviours among Hong Kong GPs, Family Practice 2011; 28:195–201 doi:10.1093/fampra/cmq096 Advance Access published on 15 November 2010

110. Flaherty EG, Sege R, Binns J, Mattson CL, Christoffel KK. The Pediatric Practice Research Groy Health Care Providers Expriance Reporting Child Abuse in The Primary Care Setting. Archives Of Pediatric And Adolescent Medicine 2000.

111. Charles C ,GafniA ,WhelanT ,O ' BrienMA Cultural infl uences on the physician – patient encounter: The case of shared treatment decision-making .Patient Educ Couns2006; 63: 262 – 7.

112. Talsma M., Boström K.B., Östberg A.L., Facing suspected child abuse–what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2015; 33: 21–26

113. Adli Olguya Yaklaşım, Korur Fincancı Ş, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi No: 48 • şubat 2006 • s.92-103.

114. Orbach Y, Hershkowitz I, Lamb M.E, Sternberg K.J, Esplin P.W, Horowitz D. Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims.Child Abuse & Neglect. 2000; 24 (6): 733-752.

115. Jenny C, Crawford-Jakubiak J.E, and Commıttee On Chıld Abuse And Neglect, The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected, Pediatrics. 2013 Aug;132(2):e558-67

116. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H, Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik 2009; 22/14.pdf.

117. Polat Külcü D., Karataş H., Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 32(1):48-58,http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/21032016hemsirelik.pdf.

118. Paluscı V.J., Mchugh M.T.,Interdıscıplınary Traınıng In The Evaluatıon Of Chıld Sexual Abuse, Child Abuse & Neglect, Vol. 19, No. 9, pp. 1031-1038, 1995

119. 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

120. Socolar RR. Physician knowledge of child sexual abuse. Child Abuse Negl. 1996;20(8):783–90.

EK-1

DEÜ ETİK KURUL ONAYI EKLENECEKTİR

EK-2

İZMİR İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ EKLENECEKTİR.

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli meslektaşım;

Çocuk istismarı, 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalmasıdır. İhmal ise, 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. Çocuk istismarı ve ihmali bireyde erken veya uzun dönem davranışsal, duygusal, bilişsel ve somatik birtakım sorunlara neden olmaktadır.

Aile Hekimlerinin bulundukları özel konum itibariyle çocuk ihmal ve istismar olgularıyla sık ve erken dönemlerde karşılaşması göz önüne alındığında tanı koyup bildirme sıklığını değerlendirmek; gerek toplum sağlığını gerekse sosyal statüyü düşüren bu durumun göz ardı edilmesini önleme amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Nilgün Özçakar danışmanlığında "Aile Hekimlerinin çocuk ihmali ve istismarı vakalarına yaklaşımları ve bildirme durumları" konusundaki uzmanlık tez çalışmamızı ……. ilçesindeki ASM'de yapmayı planlamaktayız.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

ASM Sorumlu Hekiminin:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Melike

Soyadı: Çağaydın

Tel: 0232 412 49 59

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda ASM sorumlu hekimine araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum ve anlattım."

Tarih: İmza:

EK-4

Sayın Katılımcı,
Bu anket formu birinci basamak hekimlerinde "çocuk ihmali ve istismarı" (ÇİVİ) 'na ilişkin bir araştırma için geliştirilmiştir. Bu anketle sizden alınacak bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle isim yazmayınız.

- Yaşınız:
- Cinsiyetiniz: □ K □ E
- Mezun olduğunuz Tıp Fakültesi / yılı:……/……..
- Varsa uzmanlığınız, mezuniyet yılı / yeri:……/…….
- Size kayıtlı çocuk hasta sayısı:……..
- Medeni durumunuz…….
- Çocuğunuz var mı? □ Var □ Yok

OLGU 1

Aile sağlığı merkezinize 3 ay önce kayıt yaptırmış olan ve kayıt sisteminden gebeliğinin 32.haftasında bir kez muayeneye gelmiş (G1P0A0) olduğu görünen A.Ç isimli 19 yaşında kadın hastanızın bilgilerini incelediğinizde 4 gün önce NsVY ile doğum yapmış olduğunu görüyorsunuz. Bebeğini yenidoğan taramaları için kontrole getirmediğini fark ettiniz. Bu süre içinde 3 defa telefonla kendisine ulaşmaya çalıştınız, ulaştığınızda tarama testlerinin önemini anlatarak bebekle beraber ASM'e gelmelerini istiyorsunuz.
A.Ç ASM'e ertesi gün yenidoğan bebeği ve 3,5 yaşında bir kız çocuğu ile birlikte geliyor. A.Ç'nin eşinin 33 yaşında olduğunu, tır şoförlüğü yaptığını ve kız çocuğunun eşinin ilk evliliğinden olduğunu; çocuğun annesinin 2 yıl önce vefat ettiğini öğreniyorsunuz. A.Ç. 1 yıldır evli olduğu kocası ve kızı ile birlikte gecekonduda yaşamakta. Kocası uzun yola gittiğinde kız çocuğuyla birlikte kalıyorlar.
Doğumdan sonra bebeğin doktor kontrolüne götürülmediğini öğreniyorsunuz. Yaptığınız muayenede 39 haftalık NsVY miadında doğan bebeğin boyu:53cm kilosu:3.100gr baş çevresi:34cm. Erkek bebek, cilt rengi: pembe refleksler: olağan, ateş:37 derece, solunum sayısı:40/dk, diğer sistem muayeneleri göbek bağının kirli görünümü dışında olağan.

Vaka ile ilgili olarak bebeğin durumu hakkında ne düşünürsünüz?

- o İhmal edilmiştir
- o İstismar edilmiştir
- o Hem ihmal hem istismar edilmiştir
- o Bilmiyorum

İhmal ya da istismar düşünüyorsanız, bu düşüncenize neden olan bulgularınız neler olabilir? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- o Annenin aldırmaz tutumu
- o Bebeğin bakımsız durumu
- o Taramaya getirilmemesi
- o Göbek bağı bakımında yetersizlik
- o Ailenin sosyoekonomik durumu
- o Annenin genç yaşta olması

OLGU 2

3 yaşında erkek çocuk, 3 gün önce başlayan öksürük ve ateş şikayetleri ile size getirildi. Bu süre boyunca ateşinin hiç ölçülmediği ve ateş düşürücü ilaç kullanılmadığı öğrendiniz.
Fizik muayenesinde;
Ateş:37,8°C, Nabız:90/dk., Solunum sayısı:23/dk.
Vücut ağırlığı 8 kg (üç persentil altı), boy 82 cm (üç persentil altı)
Orofarinks hiperemik-tonsiller hipertrofik, akciğer muayenesinde her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor bazallerde raller+ kardiyak muayene olağan olup gelişim muayenesinde çocuk konuşamamakta, sese dönmekte ve yürüyebilmekte.
Öz ve soy geçmişinden, 20 yaşında anne ve 22 yaşında babanın ilk çocukları olduğunu, miadında NSVD ile hastanede doğduğunu (doğum kilo ve boyu bilinmiyor) ve 2 ay anne sütü aldığını öğrendiniz.
Var olan şikayetleri için ilaç yazmanızı istiyorlar.

Vaka ile ilgili olarak çocuğun ihmal edildiğini düşünür müsünüz?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum

Yanıtınız evetse, bu düşüncenize neden olan bulgularınız neler olabilir? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Büyümede gerilik
- Beslenme eksikliği
- Nörolojik gelişim geriliği (Konuşamama)
- Ateşinin ölçülmemesi
- Doğum kilosunun bilinmemesi

Hastayı biraz daha ayrıntılı incelemeye başladınız. Anne baba arasında akrabalık olmadığını, her ikisinin de ilköğretim mezunu olduğunu, babanın bir fabrikada işçi olarak çalıştığını ve babaanne ile birlikte yaşadıklarını öğreniyorsunuz.
Ayrıntılı fizik muayenede;
Sağ frontotemporal alanda 1x1 cm.lik skar alanı, kanlı krutlu lezyon, sol zigomatik ve maksillar bölgede solmakta olan ekimotik alanlar, sol skapula üstünde 1x1,5 cm.lik, sağ gluteal bölgede 2x3 cm.lik yeni ekimotik alanlar ve yaklaşık 2x1cmlik yanık skarı dikkatinizi çekiyor.
Anamnezin anneden alındığı sırada ekimozlar ve yanığın nasıl oluştuğunu sorduğunuzda anne, çocuğun sık sık düştüğünü, hala altını ıslattığı için ara sıra çakmakla korkuttuğunu, sorulmasını anlamsız bulduğunu ve sadece boğaz iltihabı için ilaç yazıp göndermenizi istiyor.

Vaka ile ilgili olarak; bu çocuğun istismar edildiğinden şüphelenir misiniz?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum

Yanıtınız evetse, bu düşüncenize neden olan bulgularınız neler olabilir? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Ekimozların varlığı
- Varolan ekimozların zamansal farklılıkları
- Annenin sorulara tepkisi

İstismar olduğunu düşündüğünüz olgu sizce hangi tür istismarla karşılaşmıştır? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ Fiziksel istismar
□ Cinsel istismar
□ Duygusal istismar
□ İhmal

İstismar olduğunu düşündüğünüz bu vakayı bildirmeyi düşünür müsünüz?

□ Evet □ Hayır □ Bilmiyorum

Bildirmeyi düşünürseniz nereye bildirimde bulunur sunuz?.....

Bildirmeyi düşünmezseniz nedenini lütfen belirtiniz. Çocuk ihmali ve istismarı bildiriminde sizi zorlayan düşünceler neler olabilir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ Hasta mahremiyetine saygısızlık etmek istemem
□ Hasta hakları kapsamında, hastayla ilişkimi sarsmamak adına sır saklamam gerektiğini düşünürüm
□ Tehdit alma/şiddet görme/dava açılması vs. gibi başıma bir şey gelmesinden korkarım
□ Çocuğun ve/veya ailenin başına bir şey gelmesinden korkarım
□ SHÇEK gibi çocuk esirgeme kurumlarına güven duymuyorum
□
Diğer…….

OLGU 3

7 yaşında kız hasta, kabızlık ve karın ağrısı şikayetleri ile anneannesi tarafından getiriliyor. Şikayetlerinin iki aydır var olduğunu, pediatrist tarafından karın ağrısına yönelik yapılan tetkiklerde bir patoloji saptanmadığı, idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik kullandığı öğreniliyor. İki gün önce daha önce olmayan iştahsızlık, genel huzursuzluk, sürekli el yıkama ve ağlama nöbetlerinin başladığı; bugün de dışkısında çizgi şeklinde kan görülmesi üzerine getirildiği söyleniyor.

32 yaş anne ve 34 yaş babanın ilk çocukları olup 3 yaşında bir kardeşi olan hasta sabahları okula gidiyor öğleden sonra evde anneannesi ve kardeşiyle kalıyor. Anne baba üniversite mezunu ve bir kurumda mesai usulü çalışmakta olduğundan gündüzleri anneanne iki kardeşle ilgileniyor. 2.sınıfa giden hastanın anneannesinden alınan bilgiye göre gelişim basamaklarının zamanında tamamlandığı, geçirdiği önemli bir hastalık, ameliyat ve kaza olmadığı öğreniliyor.

FM'de ateş: 36.5°C, nabız:91/dk., solunum sayısı:17/dk., kan basıncı:100/60 mmHg.,vücut ağırlığı:26,5 kg (75-90 p), boy:125 cm (75-90p), genel durumu iyi, bilinç açık, oryante, koopere.

Batın muayenesi olağan.

Vaka ile ilgili olarak; başka hangi muayeneleri yapmak istersiniz?

……..

Bu çocuğun muayenesini nasıl bir ortamda yapmayı tercih edersiniz?

- o Anneanne ile aynı ortamda
- o Diğer sağlık personeli eşliğinde
- o Yalnız hekim ve hasta varlığında
- o İleri muayeneye geçmem

Anogenital muayene yapmak istendiğinde hasta ağlamaya başlıyor ve yaptırmak istemiyor. Anneanne çıkarıp muayene yapılmasını kabul ediyor. Vulva ve vajinada patoloji saptanmıyor, perianal bölgede ekimoz ve çizikler ile anüste saat 2 hizasında 0.5cmlik yırtık saptanıyor. Gluteal bölgede bilateral ekimozlar ve üst bacaklarda ekimozlar saptanıyor. Hastaya "bunlar nasıl oldu?" denildiğinde daha önce de oyun oynamaya gittiği arkadaşının 19 yaşındaki abisi tarafından kimse yokken 2 ay önce başlayan "orasına" elle dokunma, okşama, öpme davranışları olduğunu, "bunu başkasına anlatırsan seni öldürürüm" dediğini, gitmediği zamanlarda dışarıda rahatsız ettiğini, 2 gün önce de 'pipisini' çıkarıp zorla elinde tutmasını istediğini, kendisi istemeyince de ağzını sıkıca kapatıp 'arkasından' sürttüğünü ve içine sokmak isteyince de canının çok yandığını, zorla kaçtığını ve kimseye anlatamadığını morluklarını da göstermediğini belirtiyor.

Vaka ile ilgili olarak bir sonraki aşamada aşağıdakilerden hangisi/hangilerini yaparsınız? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Tedavisini düzenleyip çocuğa/aileye herhangi bir açıklama yapmam
- ☐ Hastamla aramdaki güven ilişkisinin bozulmasını istemediğimden aileye anlatmam
- ☐ Çocuğa ne yapılması gerektiğini söyleyip, aileye durumu anlatırım
- ☐ Durumla ilgili herhangi bir bildirimde bulunmam
- ☐ Durumu Cumhuriyet Savcılığına bildiririm
- ☐ Hastayı adli tıp, çocuk psikiyatrisi ve çocuk cerrahisine yönlendiririm

- ➢ Çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?
  □ Evet □ Hayır

- ➢ Katıldığınız eğitim etkinliklerini belirtiniz:
  ……..……
  ……
- ➢ Çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaştınız mı?
  □ Evet □ Hayır

- ➢ En son ne zaman Çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaştınız?
  .....
  ...

- ➢ Adli Tıp/Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi/Çocuk Cerrahisi/Sosyal hizmetler ve psikologlar gibi birimlerle multidisipliner çalışma içine girdiniz mi?
  □ Evet □ Hayır