T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANA BİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE GÖREV YAPAN VE ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ VAKALARIYLA KARŞILAŞMA OLASILIĞI BULUNAN HEKİMLERİN KONUYLA İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Kaan DEMİRBAŞ

EDİRNE - 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimiyle desteğini hep yanımda hissettiğim başta Ana Bilim Dalı Başkanı tez danışmanı hocam Prof. Dr. Galip EKUKLU olmak üzere, Ana Bilim Dalımızın değerli öğretim üyesi Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP'e ve eğitimim süresinde emekli olan Prof. Dr. Faruk YORULMAZ hocama teşekkür ederim.

Beni her zaman yüreklendiren, her konuda desteğini esirgemeyen, varlığıyla şanslı hissettiren sevgili eşim Dilek DEMİRBAŞ'a ve geleceğe daha sevgiyle ve umutla bakmamı sağlayan çok kıymetli oğlum Umut Kaan DEMİRBAŞ'a, hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **ÇOCUĞUN TANIMI** 3
- **ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ** 3
- **ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ TÜRLERİ** 6
- **ÇOCUK İSTİSMARINDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER** 14
- **ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ** 15
- **ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLLERİ** 15
- **BİLDİRİM SÜRECİ** 16

GEREÇ VE YÖNTEM 17

BULGULAR 22

TARTIŞMA 64

SONUÇLAR 81

ÖZET 84

SUMMARY 86

KAYNAKLAR 88

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali

ÇİİAÖ: Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikleri

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

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GÖP: Genel ölçek puanı

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

İB: İhmal belirtileri

İİÇDB: İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri

İİÇFB: İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri

İİYÇÖ: İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri

İİYEÖ: İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri

Maks. : Maksimum

MbPS: Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

Min. : Minimum

Ort. : Ortalama

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SPSS : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

SS. : Standart sapma

TCK: Türk Ceza Kanunu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuklarda çok ciddi yaralanmalara ve ölümlere neden olabilen, yaratmış olduğu fiziksel hasarın dışında sosyal ve psikolojik hasarlar da verebilen, tıbbi yönüyle beraber toplumsal ve hukuki yönleri de olan çok ciddi bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimine olumsuz etki eden bir yetişkin bireyin, toplumun veya devletin bilerek veya bilmeyerek uyguladığı tüm davranışları çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ) olarak kabul etmektedir (2). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1. Maddesine göre erken yaşta reşit olmanın dışında 18 yaşına kadar her insan çocuk sayılmaktadır (3).

Toplumun gelişmesinde ve geleceğinde payı en yüksek olan genç nesillerin fiziksel, ruhsal yönden sağlıklı olması, kendi öz değerlerinin farkında olarak yetişmeleri ve bu değerleri tüm insanlığın yararına kullanabilmeleri onlara sağlanacak koşullarla yakından ilgilidir. Çocukların toplumun geleceği olduğu fikrine içerik kazandırmak için, çocukların birey olarak çıkarlarını gözetmek ve çocukların çıkarlarını toplumun çıkarı olarak gözetmek gerekir (4).

Çocuk istismarı ve ihmalinin öneminin kavranması ve sistemli bir şekilde ele alınması yarım yüzyıldan biraz fazladır. İlk kez 1940'lı yıllarda çocuğun fiziksel istismarı ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Pediatristler bu yıllarda "dövülmüş çocuk sendromu" olarak adlandırılan makaleler yayınlamışlardır (5). Çocuğun cinsel istismarı ise 1970'lerin ortasında Amerika Birleşik Devletleri'nde artan vaka bildirimleriyle birlikte bir sorun olarak görülmeye başlanmıştır (6). Türkiye'de ise çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili çalışmalar çok yenidir (7).

Dünya Sağlık Örgütü, dünyada 1 - 14 yaş aralığındaki 40 milyon çocuğun istismar ve ihmale maruz kaldığı ve desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir (8). Dünyada çocuk istismarı görülme sıklığı % 1 - 10 iken ülkemizde % 10 - 53 dolayındadır (9). Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (The National Child Abuse and Neglect Data System) raporlarına göre;

2005 yılında raporlanan 1460 çocuk ölümünün nedeni çocuk istismarı ve ihmalidir. 2008 yılındaki raporlarına göre dünyada 53 000 çocuk öldürülmüş ve okul çocuklarının % 20 - 65'i fiziksel veya sözel istismara maruz kalmış, 18 yaş altı 150 milyon kız çocuğu ve 73 milyon erkek çocuğu cinsel şiddete maruz kalmış veya cinsel ilişkiye zorlanmıştır. 1,8 milyon çocuk ise pornografi ve fuhuşa zorlanmıştır (10).

İstismarın saptanması genelde uzun zaman almakta ve sıklıkla zor olmaktadır. Bunun nedeni ise istismarcının genellikle çocuğun en yakınındaki kişi olması ve çocuğu istismarı saklaması konusunda tehdit etmesidir. İhmal vakaları, istismar vakalarına göre daha da zor ve uzun sürede tespit edilebilmektedir (11).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalini tanıma ve risk faktörlerini belirleme konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bununla ilgili ortak kanaat ise sağlıkçıların eğitim programlarında bu konuya yeterince yer verilmemesi olduğudur (12).

Bu çalışma, çocuk istismar ve ihmalinin tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolleri olan çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri, acil tıp hekimleri ve aile hekimlerinin konu ile ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve çocuk istismarı ve ihmali konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

ÇOCUĞUN TANIMI

Çocuk tanımı veya kavramı tarih boyunca toplumların kültürlerine, inançlarına, toplumsal yapılarına ve ekonomilerine göre değişen bir kavram olmuştur (13). Çocukluk çağı dönemi; farklı kültürel ve sosyo - ekonomik sınıflarda, farklı tarihsel dönemlerde değişik biçimlerde tanımlanmıştır (14). Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne (ÇHS) göre, 18 yaşını doldurmamış her insan çocuk kabul edilmektedir. ÇHS'nin 1. Maddesine göre, ulusal kanunlar çerçevesinde daha önce reşit olma yaşına erişmedikçe 18 yaşını tamamlamamış herkes "çocuk" olarak tanımlanmaktadır (15,16). Türk Ceza Kanununa (5237 sayılı) göre çocuk, "18 yaşını doldurmamış kişi", Çocuk Koruma Kanununa (5395 sayılı) göre ise "daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk sayılır" şeklinde tanımlanmıştır (17).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Çocuk istismarı; çocukların ebeveynleri, onları eğitmek ve gözetmekle görevli, usta, öğretmen, koruyucu aile bireyleri, vasileri ya da yabancı kişilerce yapılan, fiziksel, cinsel, duygusal ve zihinsel gelişmelerini engelleyen, sağlıklarına bedensel ve psikolojik olarak zarar veren tutum ve davranışların tümü olarak tanımlanır. Ancak uygulanan bu davranışın, çocuk tarafından mutlaka anlaşılması, algılanması ya da erişkin kişi tarafından bilinçli bir şekilde yapılması şart değildir (18). İhmal; çocukların fiziksel ve psikolojik gelişimleri ve sağlıkları için esas olan sevgi, gözetim, yol gösterme, eğitim, beslenme ve korunma gibi gereksinimlerinin kendilerine bakmakla yükümlü olan kişilerce yeterli düzeyde karşılanmaması olarak belirtilmiştir. Bazı durumlarda ihmal, istismara göre daha ağır ve yıkıcı zararlara sebep

olabilmektedir. İhmal ve istismarı birbirlerinden ayıran temel nokta; istismar aktif bir olguyken, ihmal pasif bir olgudur (19).

İnsanlık tarihi kadar eski ve insanlığın en derin sosyal yaralarından biri olan çocuk istismarı ve ihmali çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (20). Çİİ insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen bu konuya son birkaç yüzyıldır dikkat çekilmiştir. Örneğin 1. ve 2. yüzyıllara ait el yazmalarında çocukların kasıtlı olarak yaralandığı ile ilgili bilgiler mevcuttur (21). 18. yüzyılda mahkumların kaçının aldığı cezaların çocuklara yapılan suçlardan kaynaklandığını araştıran bir avukat tarafından ilk kez çocuk istismarı konusu gündeme gelmiştir (22). Çocuk istismarının tıbbi olarak tanımını ise ilk kez 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardeu yapmıştır. Tardeu, dövülerek öldürülen 32 çocukta yaptığı otopsilerin sonuçlarını derlemiştir (23). Radyoloji uzmanı Dr. John Caffey 1946 yılında uzun kemik kırıkları ve subdural hematom saptadığı 6 çocuğun ebeveynlerinden aldığı şüpheli öykülerden elde ettiği veriler doğrultusunda 1972 yılında "Sarsılmış Bebek Sendromu" kavramını tanımlamıştır (24). 1962 yılında ise Pediatrist Dr. Henry Kempe "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" adında bir makale yayınlamış ve Çİİ kavramına daha da önem kazandırmıştır. Daha sonraları ise "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" kavramı yerine "çocuk istismarı" kavramı kullanılmaya başlanmıştır (25). Günümüze gelen süreçteki en mühim gelişme ise 1989 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin 19. maddesinde, çocukların korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin sorumluluğunda olması şartı getirilmiştir (26).

Ülkemizde ilk kez 1961 anayasasıyla beraber çocukların korunmasına dair hükümler anayasamıza girmiştir. Bu anayasanın 35. maddesinde devlet, çocuğun, ananın ve ailenin korunması ile ilgili gerekli önlemleri almak ve gerekli kurumları kurmakla sorumlu ve yükümlü tutulmuştur. Korunmaya muhtaç ve yoksul çocuklara Milli Eğitim Bakanlığı, Çocuk Esirgeme Kurumu ve Koruma Birlikleri olmak üzere üç farklı kurum tarafından verilen hizmetlerde aksaklıkların giderilmesi ve bütünlüğün sağlanması amacıyla 24 Mayıs 1983 tarihinde 2828 sayılı yasa ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü kurulmuştur (27). 2005 yılında hayata geçen Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile özellikle suça zorlanan çocukların korunması hedef alınmış, "danışmanlık" ve "çocuğun barınması" ile ilgili tedbirlerin alınıp, uygulanması konusunda SHÇEK yükümlü kılınmıştır (28).

"07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", 1982 Anayasası'nın 41. maddesine pozitif ayrımcılık olarak anlaşılan şu hükmü eklemiştir: "Çocuklar, yaşlılar ve engelliler gibi

özel surette korunması gerekenler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılamaz". Ayrıca şu hüküm eklenmiştir: "Her çocuk, korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır" (29).

Sorunun Epidemiyolojisi

Çocuk istismarı, mortalite ve morbiditenin yüksek seyrettiği ve dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek önem kazanan tıbbi ve toplumsal bir sorundur. Ancak tanı koymadaki güçlükler, bildirimin yeterli düzeyde olmaması, suçlunun olayı inkar etmesi veya istismarın gizlenmeye çalışılması gibi sorunlar konuyu daha da önemli hale getirmektedir (30).

Dünya geneline bakıldığında; 155 000 Çİİ vakasında mortalite gözlenmektedir (31). UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)'in 2017 yılındaki basın bülteninde dünya genelinde 2 - 4 yaş arasındaki 300 milyon çocuğa bakımlarını veren kişilerce fiziksel veya psikolojik ceza verildiği saptanmıştır. 1 - 19 yaş arasındaki 15 milyon kız çocuğu da cinsel eyleme zorlanmıştır **(**32**).** Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 yılındaki verilerine göre; erkeklerin % 5 - 10'unun ve kadınların % 20'sinin çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmıştır (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak % 1 oranında çocuk istismarı vakaları % 1,5 oranında ise çocuk ihmali vakalarının tespit edildiği bildirilmiştir (33). İspanya sağlık verilerine göre; 2008 - 2017 yılları arasında acil servise getirilen 570 bin çocuğun 404'ünde istismardan şüphelenilmiştir. Bu vakaların analizinde % 40,3'nün fiziksel istismara uğradığı ve bu istismar türünün de sıklıkla erkek çocuklara yapıldığı gözlenmiştir (34). İspanya'da yapılan bir meta - analizde ise, erkek çocukların % 7,9'unun ve kız çocuklarının % 19,7'sinin 18 yaşına kadar hayatlarının herhangi bir döneminde cinsel istismara uğradıkları saptanmıştır (35). Hollanda'da yapılan başka bir meta - analizde ise, cinsel istismar insidansının % 12,7 olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada fiziksel istismarın % 22,6 ve duygusal istismarın % 36,3 olduğu tespit edilmiştir (36). DSÖ ise, 1 - 14 yaş arasındaki 40 milyon çocuğun cinsel istismar ve ihmal kurbanı olduğunu bildirmiştir (31).

Ülkemizde 2010 yılında UNICEF ve T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ortaklığıyla yayımlanan "Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" raporuna göre; 7 - 18 yaş aralığındaki çocukların % 43'ü fiziksel istismar, % 3'ü cinsel istismar, % 51'i duygusal istismar ve % 25'i de ihmal kurbanı olmuştur (37). İzmir'de bir tıp fakültesinde 1. sınıf öğrencilerine 2016 yılında yapılan bir çalışmada; öğrencilerin % 51,4'ünün en az bir istismar türüne maruz kaldıkları, bunların % 23,1'inin fiziksel , % 11'inin

cinsel ve % 40,5'inin duygusal istismar olduğu tespit edilmiştir (38). 2020 yılında emniyet birimlerine mağdur sıfatıyla getirilen 150 615 çocuğun % 55,3'ünün yaralama, % 12,2'si cinsel suçlardan, % 3'ünün kişiyi hürriyetinden mahrum etme ve % 4,5'inin de tehdit suçlarından mağduriyet yaşadığı tespit edilmiştir (39). Yine ülkemizde ceza mahkemelerinde çocukların cinsel istismarı ile ilgili açılan davalar 2012 yılında 17 589 iken, 2019 yılına gelindiğinde bu sayı 22 689'a çıkmıştır (40).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ TÜRLERİ

Çocuk istismarı ve ihmalinin başlıca 5 türü tanımlanmıştır:

1. Fiziksel İstismar
2. Duygusal İstismar
3. Cinsel İstismar
4. Ekonomik İstismar
5. İhmal

Fiziksel İstismar

Fiziksel İstismar; 18 yaşından küçük birinin anne, baba veya bakımından sorumlu olan başka kişi/kişiler tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verici biçimde "kaza dışı" yaralanması, zarar görme potansiyeline sahip olması ve zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır (41). Duygusal istismarla birlikte fiziksel istismar en sık görülen istismar tipidir. Çocuklar sık sık kaza geçirmektedir. Ancak kendi kendine olma ihtimali düşük olan yaralanmalarda ve çocuğun yaşına uygun olmayan fiziksel hasarlarda istismardan şüphelenmek gerekir (42).

Anne - baba kontrolünü kaybettiğinde ya da çocuk cezalandırılmak istendiğinde kaza dışı hasarlar ortaya çıkabilir. Bu hasarlar en sık dövme biçiminde görülür. Sağlık kuruluşlarına en sık başvuru şekli çocuğun bakımını sağlayan kişi tarafından nasıl oluştuğu çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Daha seyrek ise, kesici travmalar, yanıklar, asfiksi, zehirlenmeler ve boğulma şeklinde görülebilir (43).

Sağlık kuruluşuna başvurularda aşağıdaki özelliklerin bulunması istismar için özgün bulgulardır (44):

- Sağlık kuruluşuna başvuruda açıklanamayan gecikme,
- İlk gelişteki öykünün daha sonra değiştirilmesi,
- Ebeveynlerin ayrı ayrı verdikleri öykülerin farklı olması,
- Çocuğun gelişim durumu ve yaşına uygun olmayan travma öyküsü,

- Çocuğun kardeşinin suçlu olarak gösterildiği travmalar,
- Çocuğun bakımından sorumlu kişide düşmanca tavırlar.

Ayrıca kliniğe başvuran vakalarda gözlemlenen aşağıdaki bulgular, fiziksel istismara özgüdür ve fiziksel istismarı düşündürmesi gerekir (45):

- Çocuk aşırı düzeyde duyarsız veya tam tersi hassastır. Ağrılı uyaranlara olağandışı şekilde duyarsızdır.
- Öyküde anlatılandan daha eski döneme ait lezyonlar vardır.
- Değişik türde kesi yaralanmalarının ve yanık lezyonlarının beraber bulunması.
- Tek bir nedene bağlı birçok lezyonun olması.
- Sargı bezi, flaster vb. ile saklanılmaya çalışılan lezyonların bulunması.
- Bulunmaması gereken yerlerde, dudak, frenulum ve dilde lezyonların bulunması.
- Kollajen doku hastalıkları veya kanama bozukluklarına bağlı olmayan lezyonların bulunması.
- El izi, tırnak izi veya ısırık izlerinin yetişkin boyutunda olması.
- Yanık lezyonunun kenarlarının düzgün ve tek tip derinlikte olması.
- Yanık lezyonunun eldiven/çorap tarzında olması.

Fiziksel istismarda tanı ve klinik bulgular:

Çocuğun fizik muayenesinde en sık görülen lezyon ekimozdur (46). Klinik olarak en fazla iskelet sistemi, sinir sistemi ve deri bulguları görülür. Genellikle istismar olaylarının öyküsü küçük kazalar veya düşme şeklindedir. Çocuğun yataktan, divandan, sedirden düştüğü ve bu duruma sıklıkla kardeşinin neden olduğu en sık anlatılan öyküdür. Çocuk gelişim süreçlerinin iyi bilinmesi sağlık çalışanları için çok önemlidir. Çünkü daha emekleyemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağını ya da daha dönmeyi beceremeyen çocuğun yataktan veya sedirden düşemeyeceğini ancak çocuğun motor gelişimi hakkında bilgi sahibi olan bir sağlık çalışanı bilebilir (47).

Sarsılmış bebek sendromu (Shaken baby syndrome):

Çocuk istismarının en ağır formlarından biridir. İlk kez Guthkelch'in 1971 yılında whiplash (kamçı vuruşu) hareketi ile kortikal köprü venlerinin yırtılması sebebiyle subdural hematom oluşabileceğini bildirmesinden yaklaşık 1 yıl sonra Dr. Caffey tarafından "Whiplash Shaken Infant Syndrome" olarak tanımlanan bulguların tamamına günümüzde "Sarsılmış Bebek Sendromu" denilmektedir. Artık başka travmatik bulgu aranmaksızın bebeğin sarsılması

sonucuyla oluşan bulguların tamamı bu tanım kapsamına alınmıştır (48). 5 yaşa kadar olabilir ancak çoğunlukla 2 yaş altı bebeklerde görülür. Genellikle de bebeğin çok ağlaması veya mama almaması sebebiyle 6 ay altındaki bebeklerde öfkeli bir ebeveyn tarafından bebeğin gövdesinden ya da kollarından tutulup kuvvetli bir şekilde sallanarak meydana gelir. Bebeğin boyun kasları güçsüz olduğu için sallantı sırasında başını kontrol edemez. Subaraknoid bölgenin geniş olması ve sütürlerin kapanmamış olması sebebiyle beyin kafatası içerisinde hareket eder ve dura altı venler yırtılarak subdural kanamaya ve nöroaksonal hasara neden olur. Sonuç olarak da bradikardi, solunum güçlüğü, apne, irritabilite, bilinç kaybı, nöbet ve kusma sık görülen semptomlardır (31, 49).

Vakaların yaklaşık % 20 - 25'inin travmadan sonraki birkaç gün içerisinde kaybedildiği ve başlangıçta koma halinde getirilen bebeklerde mortalitenin % 60'lara kadar çıktığı gözlemlenmiştir (50).

Çok ağlayan, avutulamayan bebeklerde Sarsılmış Bebek Sendromu olgularının daha sık gözlendiği görülmüştür. Sarsılmış Bebek Sendromu için en önemli tetikleyici mekanizma ağlama olarak gözlemlenmiştir (51).

İlk başvuruda Sarsılmış Bebek Sendromu tanısı koymak zordur çünkü vakaların birçoğu çocukluk dönemi hastalıklarının semptomlarına benzer semptomlarla gelmektedir. Ancak daha önceki başvurularında sağlam olan bir çocuk hastaneye emmeme, letarji, kusma, solunum sıkıntısı, konvülziyon, uykuya meyil, açıklanamayan koma durumuyla getiriliyorsa Sarsılmış Bebek Sendromu'ndan şüphelenilmelidir. Tanıda, anamnez ve fizik muayene hayati önem taşır. Radyolojinin de yeri büyüktür. Sıklıkla bakıcı veya ebeveyn hafif bir travma öyküsünden bahseder veya hikayesinde hiçbir travmadan bahsetmez (52).

Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by proxy sendromu):

Özel bir çocuk istismarı formu olan Munchausen by Proxy Sendromu (MbPS) ilk kez Meadow tarafından 1977 yılında tanımlanmıştır. Çocuğun bakımından sorumlu kişi sıklıkla çocukta yalancı hastalık tabloları oluşturmakta ve çocuğu sağlık kuruluşuna götürmektedir. Bazı olgularda ise bakıcı çocuğa kasıtlı olarak zarar verebilmektedir (ilaç verme, zehirleme vb.). Buna "tıbba meydan okuma" da denilebilir. İstismara uğrayan çocukların yaş aralıkları değişkenlik gösterip 11 yaştan birkaç haftalığa kadar olabilmektedir. Bir çalışmada vakaların ölüm oranının % 9 - 10 olduğu ve ortalama yaşının 3,25 olduğu bildirilmiştir. İstismarcı genellikle çocuğun annesidir. Anne genellikle işbirlikçi, sevimli, verilen tıbbi bakımdan dolayı çok memnun olan, sağlık konularında bilgisi olan ve zekası normal biri olarak tanımlanır (53).

Hastalığın taklit edilmesi (laboratuvar sonuçlarının değiştirilmesi, olmayan semptomların varlığı konusunda ısrarcı olunması vb.) veya semptomların yaratıldığı (çocuğu boğmak, zehirlemek, ilaç vermek, vücuduna zarar vermek vb.) şeklinde yapılabilmektedir. En sık çocuğu boğmak ve ilaç vermek şeklinde kliniğe gelinmektedir. Ateş, alerjik deri lezyonları, döküntü, kusma, bilinç değişikliği, apne, ishal en sık rapor edilen semptomlardır (54).

Ailede açıklanamayan çocuk ölümleri vardır ve diğer çocuklarda da benzer hastalıklar görülür. Kardeşlerde de benzer semptomların varlığı tanı koyma açısından faydalıdır (31,55).

Duygusal İstismar

Duygusal istismar UNICEF'in yaptığı tanıma göre; "Çocuğun arzu, kapasite ve niteliklerinin devamlı kötülenmesi, terk edilme ile tehdit edilmesi, sosyal ilişkilerden mahrum bırakılması, gücüne ve yaşına uygun olmayacak nitelikte isteklerde bulunulması ve toplumsal kurallara aykırı olacak bakım ve yöntemlerle çocuğun yetiştirilmesi"dir (56). Gündelik hayatta yasal olarak kanıtlanması en zor olan ve en sık rastlanılan istismar türüdür (57).

Duygusal istismar ilk kez, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1974 yılında yayınlanan "Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı" isimli yasada bulunan "mental hasar" kavramıyla dikkat çekmiştir (58).

Duygusal istismarda diğer istismar türlerinde görüldüğü gibi somut bulgular gözlenmez. Ancak duygusal istismarın çocuk üzerindeki ruhsal ve psikolojik etkileri uzun yıllar devam eder ve diğer psikopatolojiler için zemin hazırlar (59). Duygusal istismara uğrayan çocuklarda spesifik bulgular görülmemesine rağmen; altını ıslatma, içe dönüklük, enkoprezis, olumsuz benlik saygısı, depresyon, irritabilite, saldırganlık ve intihar gibi patolojiler de görülebilmektedir (19).

Duygusal istismar aile, çocuk ve çevresel faktörlere bağlı gelişebilen bir durumdur. Duygusal istismar riskini artıran en önemli faktörler yoksulluk, olumsuz fiziksel koşullar, işsizlik ve suçluluktur. Duygusal istismarın engellenmesiyle diğer istismar türlerinin önüne geçebilmek mümkünken engellenmediği durumlarda diğer istismar türlerine de sebebiyet vermesi açısından önemlidir. Her vaka ölümle sonuçlanmasa bile çocuğun dünyasında uzun yıllar devam edebilecek derin hasarlar bırakabilmektedir (60).

Cinsel İstismar

Cinsel istismar, genellikle gizli kalan ve bu nedenle yıllarca sürebilen ve sık rastlanan bir durumdur (59). Uluslararası Cocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği (International

Society for Prevention Child Abuse and Neglect) tanımına göre; rıza yaşından küçük bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin kabul edilen bir kişinin cinsel doyumunu sağlayacak şekilde davranışlarda yer alması ya da bu duruma göz yumulmasıdır (61). Başka bir tanıma göre de; çocuk kabul edilen iki kişi arasında yaşanan cinsel eylemler, 4 veya üstünde yaş farkı olduğunda, küçük olan çocuğun zorlama veya ikna ile cinsel doyum ya da haz amacıyla bazı eylemlere sokulması da cinsel istismar olarak kabul edilir (62). Sadece cinsel birleşme veya temas değil, cinsel içerikli söylemlerde bulunma, röntgencilik ve teşhircilik gibi fiziksel temas barındırmayan eylemler de cinsel istismar tanımı içerisindedir (38).

Yaygın ve bir o kadar da yanlış bir düşünceye göre çocuklara yapılan cinsel istismar toplumda sık görülmeyen ve genellikle de sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda rastlanılan bir durumdur. Ancak her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde rastlanılan toplumsal bir sorundur (63). Yine sanıldığının aksine, istismarı çocuğa yabancı biri değil sıklıkla aile bireyleri ya da aileye yakın olan kişiler yaparlar. Çünkü bu kişilerin çocuğa ulaşmalara daha kolaydır. Bu çocukların çoğu yaşadığı istismarı aile büyüklerine anlatmamakta ve genellikle ergenlik dönemine kadar saklamaktadırlar (64). Tüm bunlar düşünüldüğünde cinsel istismar saptanması en zor istismar tipidir (65).

Uyku bozuklukları, fobiler, kabuslar, kaygı bozuklukları, korku tepkileri, bedensel yakınmalar gibi semptomlar çok kısa sürede ortaya çıkan ve kliniğe yansıyan durumlardır. Enürezis, enkoprezis, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu cinsel istismar olgularında daha sık görülür (59). Sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları da cinsel istismarın bir bulgusu olabilmektedir (66). Ayrıca çocukta ağız, genital bölge, kol ve bacaklarda ve ensede sıyrık, ısırık izleri, ekimozlar görülebilmektedir. Rektal bölgede yırtıklar, vajinal kanalda dilatasyon, rektal ve vajinal kanamalar da görülebilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, oturmada güçlük, genital bölgede kaşıntı, şişme ya da ağrı görülebilmektedir (47).

Alkol, ilaç ve madde kullanımı, kognitif emosyonel rahatsızlıklar, suça eğilim ve riskli cinsel ilişkiler cinsel istismara uğramış çocuklarda uzun dönem bulgularıdır (67). Yine bu çocuklarda benlik saygısı zarar görmüştür ve yüksek oranda depresyon gözlenir. İntihar düşünceleri ve girişimleri de sık görülür (59). Sosyal ilişkilerini devam ettirme becerisi, başka kişilerle ilişki kurma olumsuz etkilenmiştir. Bu çocuklarda cinsel saldırıda bulunma oranında artış olduğu bildirilmektedir (3).

Cinsel istismara uğrama oranı kız çocuklarında erkek çocuklarına göre 3 kat daha fazladır (6). Ancak erkek çocuklarının cinsel istismarının ortaya çıkması kızlara göre daha az olabilmektedir. Araştırmalara göre, cinsel istismardan % 77 oranla aile bireyleri, % 11 diğer

yakın akrabalar, % 5 çocuğa yabancı olan kişiler ve % 2 oranında ise çocuğa bakım veren kişiler sorumludur (68,69). İstismarcılar % 85 - 90 oranında çocuğun tanıdığı erkeklerdir (70). % 10 - 15 oranında istismarcı kişi kadındır. Bunlar genellikle erkek çocuklara istismar uygularlar ve genellikle de bekar kadınlardır (71). İstismarcıların çoğunluğu çocukluk dönemlerinde cinsel istismara uğramış ya da aile içi şiddetin olduğu patolojik bir ortamda büyümüşlerdir. Bazı çalışmalar çocukların 8 - 12 yaş aralığında cinsel istismar açısından en riskli grup olduklarını gösterirken başka çalışmalar ise 4 - 9 yaş aralığını daha riskli bulmuşlardır (6).

Literatürdeki meta - analiz çalışmalarına göre dünyadaki kız çocuklarının 1/5'ine ve erkek çocuklarının 1/13'üne cinsel istismar yapılmıştır (35,36). DSÖ verilerine göre Avrupa'da her yıl yaklaşık 33 milyon çocuğa hem duygusal istismar hem de cinsel istismar yapıldığı tespit edilmiştir (72). Amerika'da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; kadınların % 12 - 35'inin, erkeklerin % 4 - 9'unun 18 yaşından önce istemedikleri bir cinsel eylem yaşadıkları bulunmuştur (73). Ülkemizde bu konuyu araştıran çalışma sayısı yeterli değildir. Ayrıca cinsel istismar olgularının büyük çoğunluğu tespit edilemediği için elimizdeki veriler sadece buzdağının görünen kısmını oluşturmaktadır. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrama sıklığının % 10 - 40 arasında değiştiği ve kurbanların % 53'ünün 14 yaşından küçük olduğu tespit edilmiştir (62).

Aile içi cinsel istismar (Ensest):

Çocukta en fazla hasar bırakan cinsel istismar aile bireylerinden biri tarafından yapılan istismardır. Ensest kavramı önceleri kan bağı olan, yani biyolojik anlamda yakın bireyler arasındaki ilişkiyi tanımlarken, günümüzde bu tanım değişmiş ve kan bağı olsun olmasın yakın veya uzak akrabalar ve çocuğun bakımından sorumlu tüm kişiler bu tanım içine alınmıştır. Anne veya baba yakınlığı ile otoritesine sahip olan yetişkin bir kişiyle çocuk arasında geçen her türde cinsel eylemi kapsamaktadır. Burada en önemli unsur, aradaki kan bağı değil, yetişkin kişinin çocuğun üzerindeki anne - baba rolündeki hakimiyeti, gücü ve çocuğun o kişiye bağımlılığıdır (74).

Ensest ilişki istismar vakalarının içerisinde saptanması en zor olan ve saptandıktan sonra da tedavisi en güç olan istismar tipidir. Çocuk genellikle istismar durumunun ortaya çıkmasıyla yakınlarının veya ailesinin zarar görmesinden korkar ve pişmanlık düşüncelerine sahiptir. Kendisini suçlu bulmaktan, başkalarının kendisine inanmayacağından ve ailesinin dağılmasından sorumlu olacağı korkusuyla çocuk olayı açıklamaktan çekinir (74).

Çocuklarda genellikle enürezis, enkoprezis, tırnak yeme, parmak emme, uyku bozuklukları, fobiler, kız çocuklarında karşı cinsteki akranlarının yanında anksiyete belirtileri ve güvensizlik gibi durumların yanında karın ağrısı, bulantı, kusma gibi sorunlar da görülebilmektedir (75). Uzun dönem semptomlara bakıldığında, mağdurların sosyal ilişkilerinde, cinsel yaşamlarında sorunlar yaşadığı bildirilmiştir. Küçük çocukların akut dönemde en çok, suçluluk duyguları, korku, çökkünlük ve öfke görülmüştür. Daha büyük yaştaki çocuklarda ise, depresyon, kendine saygı duymama, kendine zarar verme, intihar düşünceleri, yeme bozuklukları, unutkanlık, hafıza kaybı, boş bakışlar, hayali kişilerle konuşma, çoğul kişilik bozuklukları ve disossiyasyon tipiktir. Daha sonraki dönemlerde ise, istismarcıdan kaçma, okulu bırakma, erken evlilik, sigara, alkol ve madde bağımlığı gibi durumlar sık görülen davranışlardır (76).

Ekonomik İstismar

Çocuğun haklarını ihlal eden, gelişimini olumsuz etkileyen işlerde iş gücü olarak ve düşük ücretlerle çalıştırılması ekonomik istismar olarak tanımlanmıştır. Bunun en temel nedeni, çocuğa bakan kişinin çocuğu maddi gelir kaynağı olarak görmesidir (11). Çocukların zorla çalıştırılmasının nedenleri, ekonomik, kültürel ve sosyal sorunlar ile ilişkilidir. Yaygınlaşan yoksulluk, gelir dağılımındaki adaletsizlik, göçler, çocukların ucuz işçi olması ve işverenlerin bunu tercih etmesi ve kaçak işçiliğin artması gibi nedenler ülkemizde çalışan veya çalışmaya zorlanan çocuk sorununu meydana getirmektedir (77). Bu durum gerek çocuğun eğitiminde aksamalara yol açması, gerekse çalışma ortamında çocuğun gelişim evresine uygun olmayan işler yaptırılması açısından oldukça riskli ve istenmeyen bir durumdur.

İhmal

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ihmal; "çocuğa bakım veren kişilerin, çocuğun gelişimi için gerekli olan ihtiyaçlarının dikkate alınmaması ya da karşılanmamasıdır" (78). Fiziksel istismar olgularından daha fazla oranda ihmal olguları görülür. Her ne kadar istismar kadar çarpıcı olmasa da ihmal en az istismar kadar örseleyicidir. Çoğu zaman da (ciddi yaralanma veya ölümle sonuçlanmamışsa) göz ardı edilir (60).

İhmal, istismar kadar keskin sınırları olan bir durum değildir. İstismar ile ihmalin en önemli farkı istismar aktif bir olgu iken, ihmal pasif bir olgudur. Aynı zamanda ihmalin yasal tanımı, belirti ve bulguları da istismara nazaran daha belirsizdir (79).

Aşağıdaki bulgular saptandığı zaman ihmal göz önüne getirilmelidir (7):

- Çocukta organik bir neden olmaksızın büyüme geriliği varsa,
- Çocuğun kıyafetleri hava koşullarına uygun olmayıp, pis ve bakımsızsa,
- Zehirlenme, silahla yaralanma, kazaya uğrama varsa,
- Aile çocuk hakkındaki sorulara yanıt veremiyorsa,
- Çevresinde sigara içen, alkol, madde kullanan kişi/kişiler varsa ve çocuk bunlara maruz kalıyorsa,
- Çocuk yineleyen hareketler yapıyorsa, iletişim kurmada güçlük çekiyor ve içe kapanık bir haldeyse,
- Öğrenme güçlüğü veya zihinsel gerilik varsa,
- Zorunlu eğitim yaşlarında olmasına rağmen okula devamsızlık gösteriyorsa,
- Sağlık kurumlarına ya hiç başvurulmuyor ya da başvuruda gecikme yaşanıyorsa,
- Tedavi veya bakım konularındaki önerilere bakıcı tarafından uyulmuyorsa,
- Çocuk evden kovulmuş veya terk edilmiş ise.

Konuşma geriliği, ihmale uğrayan çocuklardaki en belirgin bulgudur. Çocuğa yeterince sözlü uyaran verilmemesi bu duruma etkendir. Bu ihmale uğrayan çocuklara erken dönemde müdahale edilmelidir. Edilmediği takdirde bu çocuklar daha içine kapanık, okul başarısı düşük ve iletişim sorunları yaşayan çocuklar haline gelirler (80).

Çocuk ihmali; fiziksel, cinsel, eğitim, sağlık ihmali gibi çeşitli alt şekillerde görülebilmektedir (56).

Fiziksel ihmal:

Fiziksel ihmal; çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (31). Yetersiz beslenme, uygun olmayan kıyafet giydirilmesi, yetersiz temizlik, yetersiz ev koşulları, kazalara karşı önlem alınmaması ve intrauterin ihmal olarak altı alt başlıkta incelenir (81).

Sağlık ihmali:

Çocuğun tıbbi anlamda sağlıklı olabilmesi için yeterli bakımı alamaması olarak tanımlanır. Çocuğun aşılarının zamanında yaptırılmaması, mevcut hastalığının tedavi ettirilmemesi veya verilen önerilere uyulmaması sağlık ihmali kapsamındadır (66).

Duygusal ihmal:

Çocuğun sevilme, takdir edilme, değer verilme, güvenilme gibi duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi veya karşılanmaması olarak tanımlanır (31).

Cinsel ihmal:

Çocuğun uğrayabileceği cinsel travmalara karşı korunmaması ve cinsel gelişimi için gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi olarak tanımlanmaktadır (66). Çocuklar özellikle 2 yaşından sonra cinsel kimliklerini keşfetmeye başlar ve cinsel konularla ilgilenmeye başlarlar. Bu zaman diliminde çocuğun cinsiyetine uygun bir sosyal yaşantı sağlanması çocuğun sonraki hayatı için bilişsel ve davranışsal problemler yaşamasını engelleyici etkiye sahiptir (82).

Eğitim ihmali:

Okula giden bir çocuğun ihtiyaç duyduğu şeylerin temin edilmemesi ve çocuğa gerekli olan desteğin verilmemesi olarak tanımlanır (83). Bunun yanı sıra çocuğun okula gitmemesini onaylamak ve başarı durumu konusunda destek olmamak da eğitim ihmali olarak değerlendirilmektedir (31).

ÇOCUK İSTİSMARINDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

Aileden Kaynaklanan Nedenler

Çocuğun istismarında ailenin oynadığı rol önemli yere bir sahiptir. Çocuğun yaşadığı ortamdaki olumsuzluklar istismar riskinde artışa neden olmaktadır. Çocuk için en güvenli yerin aile ortamı olmasına karşın istismar olgularının da en sık görüldüğü yer aile ortamıdır. Ebeveynlerin çocukken şiddet dolu bir ortamda yaşamaları, sevgiden ve ilgiden mahrum büyümeleri gibi ebeveynin kişilik özelliklerini etkileyen durumlar istismara zemin hazırlayabilir. Çocukken şiddet gören ebeveynler, kendi çocuklarına karşı da şiddete başvurmaktadırlar (31). İstismara yatkın olan ebeveynlerin ortak özellikleri; genç olmaları, alkol ve madde bağımlılığı, çocukluklarında istismara uğramış olmaları, partnerlerden birinin erken ölümü, fazla sayıda çocuk sahibi olma, ruhsal veya fiziksel bir hastalığın olması, maddi güçlük çekilmesi ve parçalanmış ailelerde yaşamaları sayılabilir (84).

Çocuktan Kaynaklanan Nedenler

Çocuğun istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelmesi veya gayrimeşru olması istismara uğrama riskini artırdığı görülmektedir (85). Ayrıca bebeğin prematüre olarak dünyaya gelmesi,

cinsiyetinin ailenin beklediğinden farklı olması, bebeğin özel bakım gerektirmesi, doğumsal anomalili olması, zeka geriliği ve gelişimsel veya fiziksel bozuklukların olması da istismara maruz kalma riskini artırır (31). Fazla kardeş sayısı ve geniş ailelerde de çocuklar daha fazla istismara uğramaktadır (85).

Çevresel ve Toplumsal Nedenler

Ebeveynlerin çevreye uyumsuz davranışlar sergilemeleri, olanakları kısıtlı bir çevrede yaşamaları veya toplumdan tamamen izole yaşamaları çocuğa yönelik istismar olgularını artırmaktadır. Ebeveynlerin sosyal desteklerinin olmayışı da riski artırmaktadır (19).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ

Çocuk istismarı ve ihmali; dünyada milyonlarca çocuğu etkileyen, onlar üzerinde derin izler bırakan ve bu izlerin de çocukların yaşamında onarılması güç sonuçlara yol açabildiği toplumsal bir sorundur. Bu nedenle çocuk istismar ve ihmalini önleme çalışmaları oldukça önemlidir.

Çocuk istismar ve ihmalini önlemede başarıya ulaşmak için özellikle sorunun sosyoekonomik boyutuna dikkat edilmeli ve çocuğun ve ailenin içinde bulunduğu zor şartların çözüme kavuşturulması gerekmektedir. Bu ise, sosyal destek grup ve kurumlarının güçlü olmasıyla sağlanabilir (86).

Korunma önlemleri birincil, ikincil ve üçüncül olarak değerlendirilmektedir. Birincil koruma, istismar veya ihmalin ortaya çıkışını engellemeye yönelik uygulamaları. İkincil koruma, erken tanı ve tedavi çalışmalarını. Üçüncül koruma ise, istismar veya ihmale uğramış çocukların rehabilitasyonu ile ilgili uygulamaları kapsamaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre çocuk istismarına bağlı ölümlerin % 61'i önlenebilir ölümler olarak bulunmuştur (87).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEKİMLERİN ROLLERİ

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hukuki, ahlaki ve etik yükümlülükleri vardır. Hastanelerin de hem güvenli ortam sağlamaları hem de tıbbi nedenlerle bu çocukları kabul etme yükümlülüğü bulunmaktadır (43).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında ve tedavisi kısmında hekimlerin rolü çok büyüktür (88). İstismara uğramış çocuklar üstünkörü bir muayene sonrasında tanı almadan

evlerine gönderilirlerse, ilerleyen dönemlerde % 5 - 10'unun öldürüldüğü ve % 30 - 50'sinin de ciddi travmalara maruz kaldığı gözlenmiştir (31). İstismar olgularında hekimlerin görevleri; raporlamayı doğru yapmak, mevcut hasarı tanımlamak ve diğer uzman hekimlerle beraber çocuğun tedavi ve izlemini yapmaktır (89). Çocuğun hastanede kalmasına aile tarafından müsaade edilmiyorsa, mahkeme kararı çıkarılabilir (90).

Çocuğu Muayene Eden Hekimin Sorumluluğu

Hekim bir çocuğu muayene ettikten sonra istismar veya ihmal düşünüyorsa bildirim yükümlülüğü devreye girer. Bu yükümlülük iki ayrı kanunla düzenlenmiştir. Ancak bu iki kanun hem nitelik hem de usul bakımından birbirinden farklıdır. Türk Ceza Kanunu 278 - 280. maddelerinde adli bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir. SHÇEK Kanunu 21. maddesinde ise, korunma ihtiyacı olan çocuğun bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir. Bu bildirimlerden birinin yapılmasının diğerini ortadan kaldırmadığına dikkat etmek gerekir (91).

BİLDİRİM SÜRECİ

İstismar veya ihmalden şüphelenilen durumlarda doğrudan kolluk kuvvetlerine, cumhuriyet savcılığına, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının İl Müdürlüklerine (ASPİM) veya çağrı merkezlerine (ALO 183) bildirim yapılabilir. Cinsel istismara uğramış çocukların adli görüşmelere çocuk dostu bir ortamda girmesi ve travmayı tekrar tekrar yaşamasını engelleyici tedbirler alınması gerekir. Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) adı verilen birimlerde bu işlemlerin yapılması daha uygundur (92).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Temmuz 2022 - Mayıs 2023 tarihleri arasında, Edirne merkez ilçede görev yapan ve çocuk istismarı ve ihmali vakalarıyla karşılaşma olasılığı bulunan hekimlerden Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği birimlerinde görev yapan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirleme amacıyla yapılmıştır. Veri toplama yöntemi araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 32 soruluk bir anket formu ve 67 soruluk "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Zamanı ve Yeri

Araştırma veri toplama işlemi Mart 2023 – Nisan 2023 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi ve Edirne Merkez İlçe Aile Sağlığı Merkezleri'nde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Trakya Üniversitesi Sağlık Eğitim Araştırma Merkezi**,** Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Edirne Merkez İlçe Aile Sağlığı Merkezlerinde Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği birimlerinde görev yapan 277 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Evrenin en az % 80'ine ulaşılması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Tipi

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Hipotezleri

H0A: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları bağımsız değişkenlerden (cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, mezuniyet öncesi ve sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumları ve yeterliliği, daha önce çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşma durumları) etkilenmemektedir.

H1A : Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları bağımsız değişkenlerden (cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, mezuniyet öncesi ve sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumları ve yeterliliği, daha önce çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşma durumları) etkilenmektedir.

H0B: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik uzman hekimler ile pratisyen hekim/asistan hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları arasında fark yoktur.

H1B: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik uzman hekimler ile pratisyen hekim/asistan hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları arasında fark vardır.

H0C: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları açısından uzmanlık branşları arasında fark yoktur.

H1C: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları açısından uzmanlık branşları arasında fark vardır.

İzinler

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek - 1). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun TÜTF - BAEK 2022/328 sayılı etik kurul onayının (Ek - 1) ardından Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi müdürlüğünden (Ek – 2) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler (Ek - 3) alındıktan sonra araştırmaya başlanmış olup, onay yazıları ekler bölümünde sunulmuştur.

Veri Toplama Aracı

Çalışmanın veri toplama aracı olarak literatür bilgilerinden derlenerek oluşturulmuş 32 soruluk bir anket formu (Ek – 4) ve 67 soruluk "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" (Ek – 5) kullanılacaktır.

1) **Anket Formu:** Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan demografik bilgi formu katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, unvanlarını, meslekteki ve bu kurumdaki çalışma sürelerini, istismar ve ihmal ile ilgili aldıkları eğitimi, istismar/ihmal vakasını tanıma konusundaki yeterlilik seviyelerini, meslek hayatlarında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşıp karşılaşmadıklarını, çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapıp yapmayacakları gibi durumlarını sorgulayan 32 sorudan oluşmaktadır.
2) **Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği:** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kapsamında Cronbach Alpha değeri 0,924 olarak hesaplanmıştır (93).

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu;

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)
- İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB)
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB)
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)
- Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) ile ilgili 6 Alt Ölçeği bulunan 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir.

Her madde için "çok doğru", "oldukça doğru", "kararsızım", "pek doğru değil", "hiç doğru değil" sözcüklerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik likert tipi ölçekte yer alan; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı sorulara "çok doğru" yanıtına 5 puan, "oldukça doğru" yanıtına 4 puan, "kararsızım" yanıtına 3 puan, "pek doğru değil"

yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan deneğin 335 tam puan alması beklenmiştir.

Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma zaman çizelgesi Şekil 1’de gösterilmiştir.

<table>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">2022 yılı</td><td colspan="12">2023 yılı</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr>
<tr><td colspan="3">Araştırmanın planlanması ve anket formlarının oluşturulması</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>İzinlerin alınması</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="5">Verilerin toplanması</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Veri Girişi ve Analiz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Rapor Yazımı</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="15">Literatür Tarama</td></tr>
</table>

Şekil 1. Araştırma zaman çizelgesi

Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formunun uygulanabilirliğinin belirlenmesi amacıyla anket formu 15 asistan hekime uygulanarak anlaşılırlığı değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılıp anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmada uygulanan anket Ek - 4’te verilmiştir.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı, anket formunu yüz yüze görüşme ile uygulamıştır. Araştırmacı, katılımcılar ile bireysel olarak görüşerek araştırma ile ilgili bilgi vermiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen katılımcılara ankette kişisel bilgilere yer verilmeyeceği ve sonuçların bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı açıklanarak onamları alınmıştır. Katılımcılardan kimlik bilgilerini yazmaksızın formlardaki soruları eksiksiz ve düşüncelerine

uygun olduğu şekilde doldurup geri vermeleri istenmiştir. Formların uygulanması 15-20 dakika sürmüştür. Her uygulama sırasında araştırmacı mutlaka katılımcıların başında bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı (SPSS 20.0 programı için seri numarası: 10240642) kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü ANOVA testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi ve Tamhane's T2 testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi. Fisher Freeman Halton test ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı. Tüm incelemelerde $p< 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Üstünlükleri

- Araştırma verileri, katılımcıların ankete verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
- Araştırma sonuçları Edirne Merkez İlçe ile sınırlı olup tüm Türkiye'ye genellenemez.

BULGULAR

Çalışma, Mart 2023 – Nisan 2023 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi ve Edirne Merkez İlçe Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan ve çocuk istismarı ve ihmali vakalarıyla karşılaşma olasılığı bulunan hekimlerden Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği birimlerinde görev yapan 277 hekimden 236'sı (% 85) ile tamamlanmıştır.

Katılımcıların 111'i (% 47) kadın, 125'i (% 53) ise erkektir. Katılımcıların yaşları 24 ile 59 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 31,50 ± 6,51'dir. Yaş gruplarına göre dağılımında; 129 (% 54,7) kişi 24 - 29 yaş aralığında, 81 (% 34,3) kişi 30 - 39 yaş aralığında, 26 (% 11) kişi ise 40 yaş ve üzerinde bulunmuştur.

Katılımcıların 121'i (% 51,3) evli iken, 115'i (% 48,7) ise bekardır.

Branşlara göre dağılımlarına bakıldığında, çalışmaya katılanların 148'i (% 62,7) aile hekimi iken, 56'sı (% 23,7) acil tıp hekimi, 32'si (% 13,6) ise çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimidir. 148 aile hekiminin 100'ü (% 42,4) asistanken, 14'ü (% 5,9) uzman, 34'ü (% 14,4) ise pratisyendir. 56 acil tıp hekiminin 5'i (% 2,1) uzmanken, 15'i (% 6,4) pratisyen, 36'sı (% 15,3) ise asistandır. 32 çocuk sağlığı ve hastalıkları hekiminin 27'si (% 11,4) asistanken, 5'i (% 2,1) ise uzmandır. Katılımcıların 165'i (% 69,9) üniversite hastanesinde çalışırken, 47'si (% 19,9) birinci basamak sağlık kuruluşunda ve 24'ü (% 10,2) devlet hastanesinde çalışmaktadır.

Çalışmaya katılanların 21'inin (% 8,9) görev yaptığı süre 1 yıl ve altında iken, 116'sı (% 49,2) 1 - 5 yıl, 58'i (% 24,6) 5 - 10 yıl, 41'i (% 17,4) 10 yıl ve üzerinde bir sürede hekimlik yapmaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş Aralığı		
24 - 29 yaş	129	54,7
30 - 39 yaş	81	34,3
40 yaş ve üzeri	26	11,0
Medeni Durum		
Evli	121	51,3
Bekar	115	48,7
Unvan		
Pratisyen hekim	49	20,8
Asistan hekim	163	69,1
Uzman hekim	24	10,1
Branş		
Aile hekimi	148	62,7
Acil tıp	56	23,7
Çocuk hastalıkları	32	13,6
Görev Yapılan Kurum		
Devlet hastanesi	24	10,2
Üniversite hastanesi	165	69,9
Birinci basamak sağlık kuruluşu	47	19,9
Görev Süresi		
≤1 yıl	21	8,8
1 - 5 yıl	116	49,2
5 - 10 yıl	58	24,6
10 yıldan fazla	41	17,4

Çalışmamıza katılan hekimlerin 62'sinin (% 26,2) çocuğu varken, 174'ünün (% 73,7) çocuğu yoktur. Çocuk sahibi olan hekimlerin 40'ının (% 64,5) tek çocuğu, 21'inin (% 33,8) iki çocuğu ve 1'inin (% 1,6) de üç çocuğu olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların kız çocuğu sayısı 41 (% 48,2) iken, erkek çocuğu sayısı ise 44 (% 51,8) olarak bulunmuştur. Hekimlerin 23,'ü (% 37,1) sadece kız çocuk, 26'sı (% 41,9) sadece erkek çocuk, 13'ü (% 21) hem kız hem erkek çocuk sahibidir. Katılımcıların çocuklarının yaşları incelendiğinde 0 - 5 yaş aralığındaki çocuk sayısı 31 (% 36,4) iken, 5 - 10 yaş aralığında 20 (% 23,5), 10 - 15 yaş aralığında 11 (% 12,9) ve 15 yaşından büyük 23 (% 27) çocuk olduğu olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin 29'unun (% 46,8) en küçük çocuğu 0 - 5 yaş aralığında iken, 16 (% 25,8) hekimin en küçük çocuğu 5 - 10 yaş aralığında, 11 (% 17,7) hekimin en küçük çocuğu 10 - 15 yaş, 6 (% 9,7) hekimin en küçük

çocuğu 15 yaş ve üzerindedir. 23 (% 37,1) hekimin en büyük çocuğu 0 - 5 yaş aralığında iken, 14 (% 22,6) hekimin en büyük çocuğu 5 - 10 yaş aralığında, 11 (% 17,7) hekimin en büyük çocuğu 10 - 15 yaş aralığında ve yine 14 (% 22,6) hekimin
en büyük çocuğu 15 yaş ve üzerindedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin çocukları ile ilgili bilgilerin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hekimlerin çocukları ile ilgili bilgilerin dağılımı

Özellik	**Sayı**	**Yüzde**
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	62	26,3
Hayır	174	73,7
Çocuk Sayısı		
1	40	64,5
2	21	33,8
3	1	1,7
Çocukların Cinsiyetleri (n=85)		
Kız	41	48,2
Erkek	44	51,8
Çocukların Yaşları (n=85)		
0 - 5 yaş	31	36,5
5 - 10 yaş	20	23,5
10 - 15 yaş	11	12,9
15 yaş üstü	23	27,1
En küçük çocuk yaşı		
0 - 5 yaş	29	46,8
5 - 10 yaş	16	25,8
10 - 15 yaş	11	17,7
15 yaş üstü	6	9,7
En büyük çocuk yaşı		
0 - 5 yaş	23	37,1
5 - 10 yaş	14	22,6
10 - 15 yaş	11	17,7
15 yaş üstü	14	22,6
Sahip olunan çocukların cinsiyetleri		
Kız	23	37,1
Erkek	26	41,9
Kız ve erkek	13	21,0

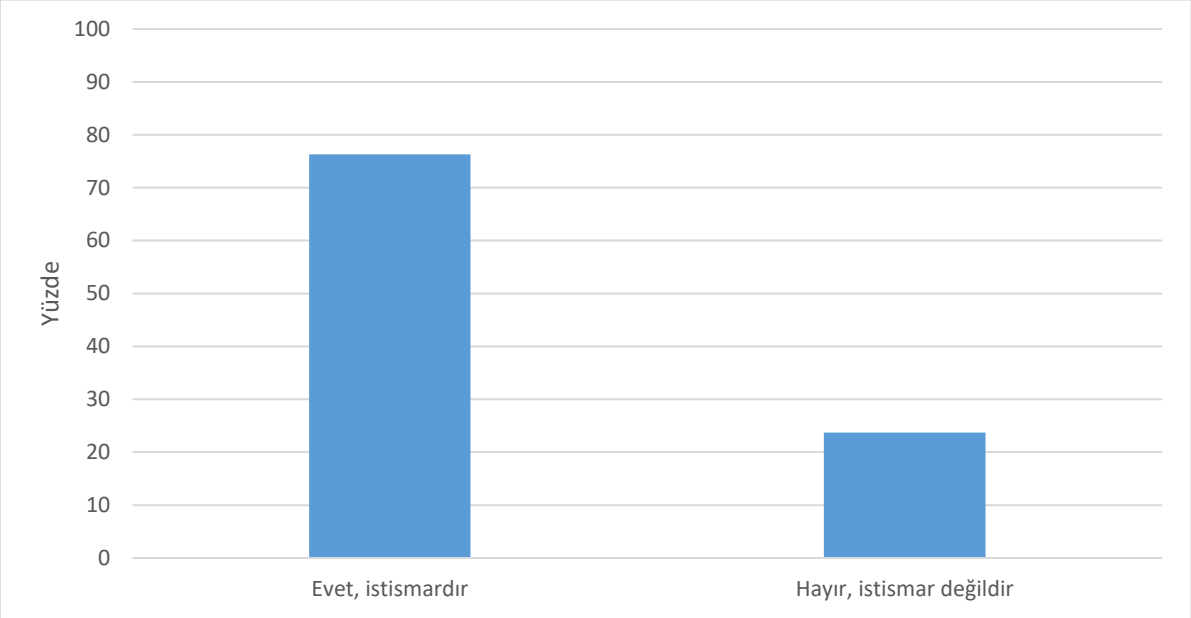
Çalışmaya katılan hekimlerin tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma ve yeterlilik durumları ile ilgili görüşleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hekimlerin tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma ve yeterlilik durumları

Özellik	Sayı	Yüzde
İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	91	38,6
Hayır	145	61,4
Alınan eğitimin yeterli olma durumu		
Yeterli	44	48,3
Yeterli değil	47	51,7
İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi		
Çok iyi	10	4,2
İyi	57	24,3
Orta	141	59,7
Kötü	27	11,4
Çok kötü	1	0,4
İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumu		
Evet	115	48,7
Hayır	7	3,0
Kararsız	114	48,3
Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilme durumu		
Evet, istismardır	180	76,3
Hayır, istismar değildir	56	23,7
İstismar tanımı		
Doğru	188	79,7
Yanlış	48	20,3

Çalışmaya katılan 91 (% 38,6) hekim tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim aldığını, 145 (% 61,4) hekim ise eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim almış olanların 44'ü (% 48,3) almış oldukları eğitimin yeterli olduğunu düşünürken, 47'si (% 51,6) eğitimlerinin yeterli olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların istismar/ihmal vakalarını tanıma konusunda yeterlilik durumları sorulduğunda 10'u (% 4,2) bu konuda kendisini çok iyi olarak nitelendirirken, 57'si(% 24,2) iyi, 141'i (% 59,7) orta, 27'si (% 11,4) kötü ve 1'i (% 0,4) ise çok kötü olarak belirtmiştir.



Şekil 2. Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilme durumu

Hekimlere istismar/ihmal ayrımını yapıp yapamayacakları sorulduğunda 115 (% 48,7) hekim evet, 7'si (% 3) hayır cevabını vermiş ve 114 (% 48,3) hekim ise kararsız kalmıştır. Şekil 2'de görüldüğü üzere çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilip edilmeyeceği sorulduğunda hekimlerin 180'i (% 76,3) evet, 56'sı (% 23,7) ise hayır cevabını vermiştir. Hekimlerin istismar tanımına uymayan seçeneği işaretlemeleri istenmiş ve seçeneklerden birinde ihmalin tanımı yapılmışken hekimlerin 188'i (% 79,7) doğru, 48'i (% 20,3) yanlış cevap vermiştir.

Katılımcıların öz geçmiş ve soy geçmişlerinde istismar/ihmal öyküsü varlığı açısından değerlendirilmesi Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların öz geçmiş ve soy geçmişlerinde istismar/ihmal öyküsü varlığı

Özellik	Sayı	Yüzde
Çocukken istismara veya ihmale uğrama durumu		
Evet	41	17,4
Hayır	195	82,6
Ailede istismar/ihmal öyküsü bulunma durumu		
Evet	23	9,7
Hayır	213	90,3

Çalışmaya katılan hekimlerin 41'i (% 17,4) çocukken istismar veya ihmale uğradığını ifade ederken, 195'i (% 82,6) uğramadığını belirtmiştir. Katılımcıların 23'ünde (% 9,7) ailede istismar/ihmal öyküsü bulunurken, 213'ünde (% 90,3) bulunmamaktadır.

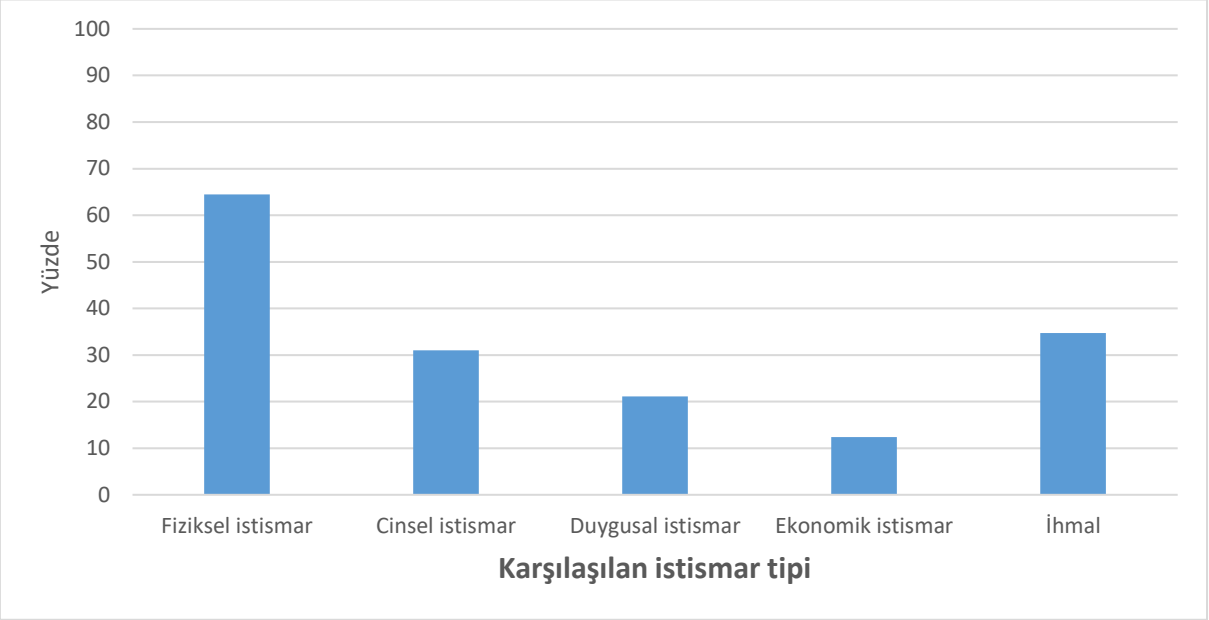
Hekimlerin meslek yaşamlarında istismar/ihmal ile karşılaşma durumları, karşılaşılan istismar türleri ile karşılaştıkları istismar/ihmal vakalarında en çok zorlandıkları konu ile ilgili görüşleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Hekimlerin meslek yaşamlarında istismar/ihmal ile karşılaşma durumları, karşılaşılan istismar türleri ile karşılaştıkları istismar/ihmal vakalarında en çok zorlayan durumlar

Özellik	Sayı	Yüzde
Meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakalarıyla karşılaşma durumu		
Evet	161	68,2
Hayır	75	31,8
Karşılaşılan istismar tipi (n:264)*		
Fiziksel istismar	104	64,5
Cinsel istismar	50	31
Duygusal istismar	34	21,2
Ekonomik istismar	20	12,5
İhmal	56	34,8
Görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan durumlar (n:290)*	107	66,4
Öykü alma	48	29,8
Fizik muayene	20	12,4
Tanı koyma	16	9,9
Kayıt	77	47,8
İlgili kurumlara rapor etme	22	13,6
Ebeveynlerin tepkisi		

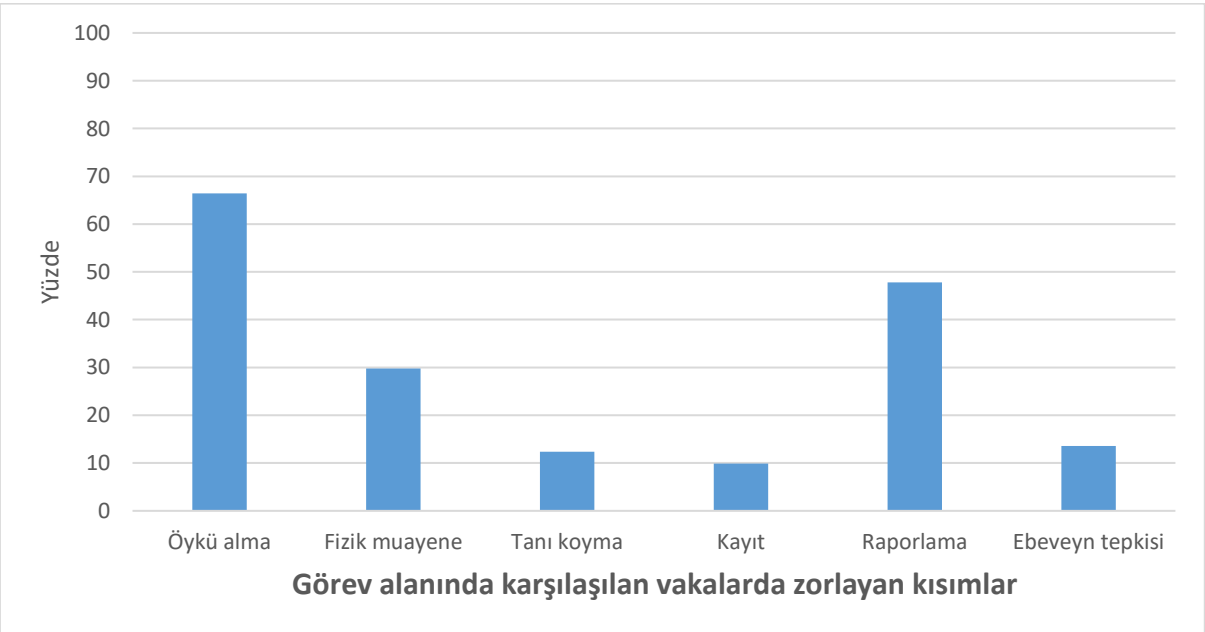
*Çoklu yanıt sayı, yüzde dağılımı, çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Hekimlerin 161'i (% 68,2) meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakalarıyla karşılaşırken, 75'i (% 31,8) karşılaşmamıştır.



Şekil 3. Hekimlerin meslek hayatlarında karşılaştıkları istismar ve ihmal tipleri

Hekimlerin Şekil 3'te görüldüğü üzere 104'ü (% 64,5) fiziksel istismar, 50'si (% 31) cinsel istismar, 34'ü (% 21,1) duygusal istismar, 20'si (% 12,4) ekonomik istismar ve 56'sı (% 34,7) ihmal vakası ile karşılaşmıştır.



Şekil 4. Hekimleri karşılaştıkları vakalarda zorlayan kısımlar

Karşılaştıkları istismar/ihmal vakalarında katılımcıları en çok zorlayan konunun ne olduğu sorulduğunda, hekimlerin 107'si (% 66,4) öykü alma, 48'i (% 29,8) fizik muayene, 20'si (% 12,4) tanı koyma, 16'sı (% 9,9) kayıt tutma, 77'si (% 47,8) ilgili kurumlara rapor etme, 22'si (% 13,6) ise ebeveynlerin tepkisi yanıtını vermiştir.

Çalışmamızda hekimlerin yaş gruplarına, medeni duruma, unvana, branşa, görev süresine, çocuk varlığına ve istismar/ihmal ile ilgili eğitim alma durumuna göre meslek hayatında istismar/ihmal vakalarıyla veya şüphesiyle karşılaşma durumları Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Yaş gruplarına, medeni duruma, unvana, branşa, görev süresine, çocuk varlığına ve istismar/ihmal ile ilgili eğitim alma durumuna göre meslek hayatında istismar/ihmal vakalarıyla karşılaşma durumları

Özellik	**Meslekte karşılaşma**		**p**
	Evet	**Hayır**	
Yaş grup			
24 – 29 yaş	102 (% 62,6)	61 (% 37,4)	**0,005***
30 – 39 yaş	39 (% 75)	13 (% 25)	
40 yaş ve üzeri	20 (% 95,2)	1 (% 4,8)	
Medeni durum			
Evli	91 (% 75,2)	30 (% 24,8)	**0,018***
Bekar	70 (% 60,9)	45 (% 39,1)	
Unvan			
Pratisyen hekim	35 (% 71,4)	14 (% 28,6)	0,357*
Asistan hekim	107 (% 65,6)	56 (% 34,4)	
Uzman hekim	19 (% 79,2)	5 (% 20,8)	
Branş			
Aile hekimi	100 (% 67,6)	48 (% 32,4)	0,391*
Acil tıp	36 (% 64,3)	20 (% 35,7)	
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	25 (% 78,1)	7 (% 21,9)	
Görev süresi			
<1 yıl	13 (% 61,9)	8 (% 38,1)	0,590*
1 - 5	71 (% 61,2)	45 (% 38,8)	
5 - 10	44 (% 75,9)	14 (% 24,1)	
10 yıldan fazla	33 (% 80,5)	8 (% 19,5)	
Çocuk varlığı			
Evet	52 (% 86,7)	8 (% 13,3)	**0,000***
Hayır	109 (% 61,9)	67 (% 38,1)	
Eğitim alma durumu			
Evet	71 (% 78)	20 (% 22)	**0,01***
Hayır	90 (% 62,1)	55 (% 37,9)	

*ki-kare testi

Yaş grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.005; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; yaşları 24 - 29 arasında değişmekte olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesiyle karşılaşma oranı (% 62,6), yaşları 40 ve üzeri olan gruptan (% 95,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.007). Diğer yaş grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.005).

Hekimlerin medeni durumlarına göre meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.005). Evli olan hekimlerin meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranları (% 75,2), bekar olanlara göre (% 60,9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları değerlendirildiğinde dağılım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.005). Buna göre çocuk sahibi olanların oranı (% 86,7), çocuk sahibi olmayanların oranına (% 61,9) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda, istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (% 78), eğitim almayanlardan (% 62,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,005).

Bunların dışında; hekimlerin meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları ile unvanları, branşları ve görev süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.005).

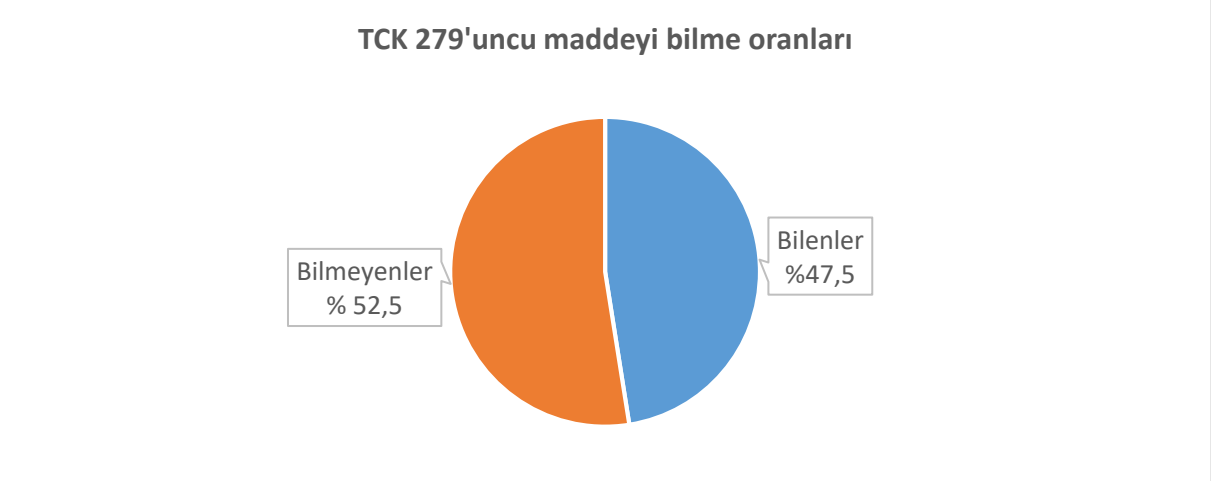
Çalışmaya katılan hekimlerin istismar/ihmal vakası ile karşılaşmaları halinde bildirimde bulunma durumları, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili prosedür varlığı, bu prosedürün düzgün işleyip işlemediği ile ilişkili görüşleri ve TCK 279'uncu madde hakkında bilgi durumları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Çalışmaya katılan hekimlerin istismar/ihmal vakası ile karşılaşmaları halinde bildirimde bulunma durumları, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili prosedür varlığı, bu prosedürün düzgün işleyip işlemediği ile ilişkili görüşleri ve TCK 279'uncu madde hakkında bilgi durumları

Özellik	Sayı	Yüzde
Çalışmaya katılan hekimlerin istismar/ihmal vakası ile karşılaşmaları halinde bildirimde bulunma durumları		
Evet	236	100
Hayır	0	0
Kurumlarda Çİİ ile ilgili prosedür varlığı durumu		
Evet	50	21,2
Hayır	14	5,9
Kararsız	172	72,9
Prosedürün düzgün işleme durumu		
Evet	42	17,8
Hayır	16	6,8
Kararsız	178	75,4
TCK 279'uncu maddeyi bilme durumları		
Evet	112	47,5
Hayır	124	52,5

Katılımcıların 236'sı (% 100) istismar - ihmal olgusu veya şüphesiyle karşılaştığında bildirim yapacağını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 50'si (2% 21,2) çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek prosedürün olduğunu, 14'ü (% 5,9) herhangi bir prosedür olmadığını belirtmiş, 172'si (% 72,9) ise kararsız kalmıştır. Kurumlarında Çİİ prosedürü olan hekimlere prosedürün düzgün işleyip işlemediği sorulduğunda 42'si (% 17,8) düzgün işlediğini, 16'sı (% 6,8) düzgün işlemediğini ve 178'i (% 75,4) ise kararsız olduğunu belirtmiştir.



Şekil 5. TCK 279'uncu maddeyi bilme oranları

Katılımcıların 112'si (% 47,5) TCK 279'a göre çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren hekim ve sağlık çalışanlarının altı aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabileceğini biliyorken, 124'ünün (% 52,5) bilmediği tespit edilmiştir.

Çİİ olgusu veya şüphesiyle karşılaşmaları halinde bildirim yapacağını ifade eden hekimlerin nasıl bildirim yapmayı düşündüğü Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Çocuk İstismarı Olgusu veya Şüphesi ile Karşılaşmaları Halinde Bildirim Şekillerinin Dağılımı

Özellik	**Sayı**	**Yüzde**
Bildirim yapma şekli (n:331)*		
Polis Çağırırım	91	27,4
Adli rapor yazarım	165	49,8
Cumhuriyet savcılığına bildiririm	23	6,9
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı ararım	39	11,7
Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bildiririm	12	3,6
Diğer	1	0,3
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın istismar bildirimi yapılabilen çağrı merkezi numaraları		
ALO 156	5	2,1
ALO 171	54	22,9
ALO 183	130	55,1
ALO 155	9	3,8
Yanıtlamayanlar	38	16,1

*Çoklu yanıt sayı, yüzde dağılımı, çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Bildirim yapmayı düşünenlere nasıl bildirim yapılacağı sorulduğunda, 91'i (% 27,4) polis çağıracağını, 165'i (% 49,8) adli rapor yazacağını, 23'ü (% 6,9) cumhuriyet savcılığına bildirim yapacağını, 39'u (% 11,7) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı arayacağını, 12'si (% 3,6) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bildiririm yapacağını ve 1'i (% 0,3) de diğer yolları kullanacağını belirtmiştir.

Katılımcıların 130'u (% 55,1) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımın istismar bildirimi yapılabilen, 183 olan çağrı merkezi numarasını bilirken, 68'i (% 28,8) soruya yanlış cevaplar vermiştir. 38'i (% 16,1) ise soruya yanıt vermemiştir.

Katılımcıların Çİİ'nin önlenmesinde öncelikli hedeflerin ne olduğu ile ilgili görüşleri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesindeki öncelikli hedefler konusundaki görüşleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedef(n:318) *		
Çocukların eğitimi	38	11,9
Ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi	87	27,4
Yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesi	97	30,5
Daha caydırıcı cezaların verilmesi	96	30,2

*Çoklu yanıt sayı, yüzde dağılımı, çoklu yanıt olduğu için n sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 97'si (% 30,5) Çİİ'nin önlenmesinde öncelikli hedefin yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesi, 96'sı (% 30,2) daha caydırıcı cezaların verilmesi, 87 'si (% 27,4) ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi, 38'i de (% 11,9) çocukların eğitimi olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumları ve çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmasını isteme durumu Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumları ve çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmasını isteme durumu

Özellik	Sayı	Yüzde
Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla bilgi sahibi olmayı isteme durumu		
Evet	214	90,7
Hayır	22	9,3
Çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmasını isteme durumu		
Evet	230	97,5
Hayır	6	2,5

Çalışmaya katılan hekimlerin 214'ü (% 90,7) Çİİ konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini, 22'si (% 9,3) daha fazla bilgi sahibi olmak istemediğini ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 230'u (% 97,5) çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmasını isterken, 6'sı (% 2,5) çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmasını istemediğini belirtmiştir.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği alt boyutlarının minimum - maksimum, ortalama - standart sapma ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 11'de görüldüğü gibidir.

Tablo 11. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlardan aldıkları puanlar

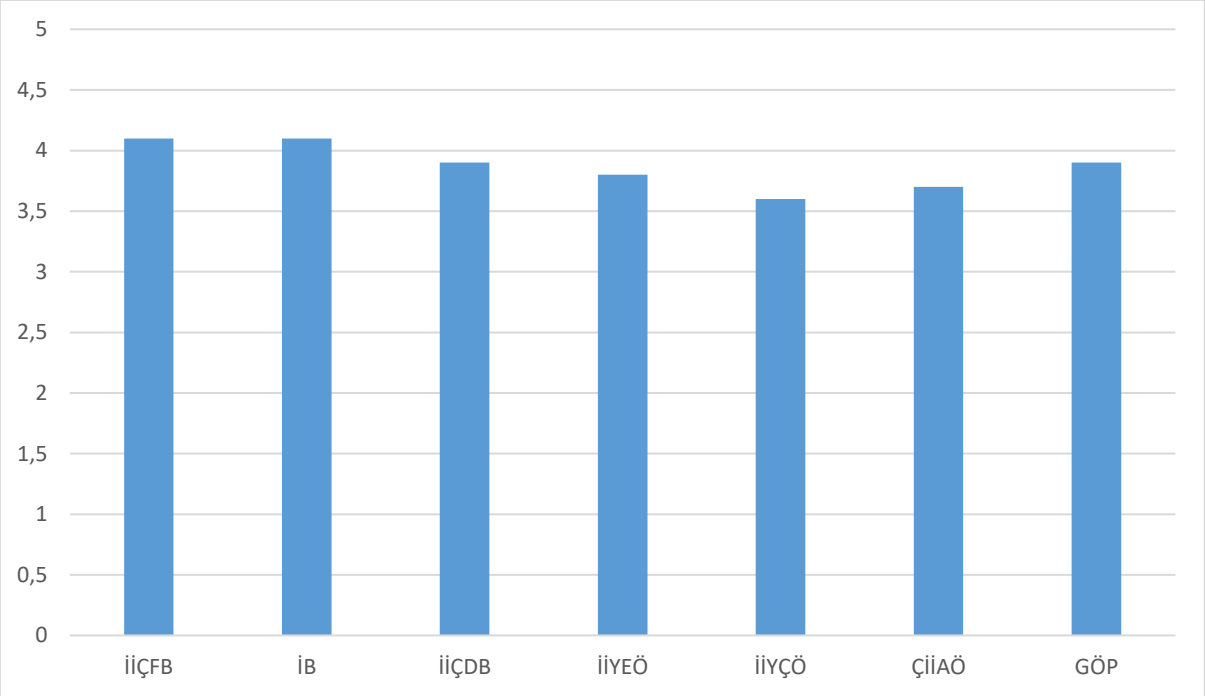
ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	**Min - maks**	**Ort ± SS**	**Cronbach's Alpha**
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	2,8 - 5	4,1 ± 0,3	0,845
İhmal belirtileri	2,7 - 5	4,1 ± 0,5	0,795
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	2,9 - 5	3,9 ± 0,3	0,730
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	2,4 - 5	3,8 ± 0,5	0,683
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	2,3 - 5	3,6 ± 0,6	0,593
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	2,6 - 4,6	3,7 ± 0,4	0,772
Genel ölçek puanı	3,0 - 4,8	3,9 ± 0,3	0,876

Ort: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min:** Minimum; **Maks:** Maksimum; **ÇİİBRTYÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Çalışmamıza katılan hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) genelinden aldıkları puan ortalaması 3,9 ± 0,3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları en düşük puan 3, en yüksek puan ise 4,8'dir. Hekimlerin ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerinin sorgulandığı bölümdeki sorulara en çok doğru yanıt verirken, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bölümündeki sorulara en az doğru yanıt verdikleri görülmektedir.

Tablo 11 incelendiğinde hekimler Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanma Ölçeğinde bulunan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutundan ortalama 4,1 ± 0,3 puan, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutundan ortalama 3,9 ± 0,3 puan, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyutundan

ortalama 4,1 ± 0,5 puan, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutundan 3,8 ± 0,5 puan, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutundan ortalama 3,6 ± 0,6 puan ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt boyutundan ortalama 3,7 ± 0,4 puan almıştır.



İİÇFB: İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, İB: İhmal belirtileri, İİÇDB: İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, İİYEÖ: İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, İİYÇÖ: İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri, ÇİİAÖ: Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler, GÖP: Genel ölçek puanı.

Şekil 6. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Yaş Grubu			p
	24 - 29 yaş	30 - 39 yaş	40 yaş ve üstü	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,4	4,1 ± 0,4	4,1 ± 0,3	0,529*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,5	4,3 ± 0,5	0,761*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,3	0,938*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,942*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,7 ± 0,5	0,892*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,4	3,7 ± 0,4	0,470*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,3	0,842*

*****ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Hekimlerin yaş gruplarına göre, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çalışmaya katılan hekimlerin medeni durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Çalışmaya katılan hekimlerin medeni durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Medeni durum		p
	Evli	Bekar	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,4	0,144*
İhmal belirtileri	4,1 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,445*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,295*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,381*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,7 ± 0,6	0,244*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,320*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,178*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Hekimlerin medeni durumlarına göre, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin unvanlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Çalışmaya katılan hekimlerin unvanlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Unvan			p
	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Uzman Hekim	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,572*
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,5	0,210*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,4	4,0 ± 0,3	0,129*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,4	**0,040***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,9 ± 0,7	3,5 ± 0,6	3,6 ± 0,5	**0,005***
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,4	0,205*
Genel ölçek puanı	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,4	3,9 ± ,03	**0,062***

***ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Unvanlar arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; asistan hekimlerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, pratisyen hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,039; p<0,05).

Unvanlar arasında İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; asistan hekimlerin İstismar ve ihmale yatkın

çocukların özellikleri puanı alt boyutu değerleri, pratisyen hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,003; p<0,05).

Unvanlar arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; asistan hekimlerin genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, pratisyen hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,048; p<0,05).

Unvanlar açısından diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin branşlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Çalışmaya katılan hekimlerin branşlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Branş			p
	Aile Hekimi	Acil Tıp	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	4,7 ± 0,3	0,183*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,6	4,2 ± 0,5	0,901*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,3	0,129*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,7 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,319*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,5	0,141*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	3,7 ± 0,4	0,252*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± ,03	0,389*

*****ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Branşlar açısından çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin görev yerlerine göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Çalışmaya katılan hekimlerin görev yerlerine göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Görev yapılan kurum			p
	Devlet hastanesi	Üniversite hastanesi	Birinci basamak sağlık kuruluşu	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,3	0,630*
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,345*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,3	0,107*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,5	4,0 ± 0,5	**0,020***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,8 ± 0,6	3,5 ± 0,6	3,8 ± 0,7	**0,014***
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,4	0,223*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,4	4,0 ± 0,3	0,084*

***ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Görev yapılan kurumlar arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu değerleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0,014$; $p<0,05$).

Görev yapılan kurumlar arasında istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu değerleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0,028; p<0,05).

Görev yapılan kurumlar açısından diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin görev sürelerine göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Çalışmaya katılan hekimlerin görev sürelerine göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Görev süresi				p
	≤1 yıl	1 - 5 yıl	5 - 10 yıl	10 yıldan fazla	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,3 ± 0,1	4,1 ± 0,4	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,3	0,132*
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,5	4,3 ± 0,5	0,431*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,1 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	4,0 ± 0,4	0,417*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,142*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,8 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,7	3,7 ± 0,6	0,340*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,9 ± 0,5	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,4	0,105*
Genel ölçek puanı	4,1 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± ,04	4,0 ± ,03	0,163*

*****ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Görev süresi grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Çocuk varlığı		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,3	4,2 ± 0,4	0,867*
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,224*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,775*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,552*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,834*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,449*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,800*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Çocuğu olanlar ve olmayanlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin sahip oldukları çocuk sayısına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Çalışmaya katılan hekimlerin sahip olduğu çocuk sayısına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Çocuk sayısı			p
	1	2	3	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,2	0,852*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,3 ± 0,5	4,4	0,915*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9	0,851*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,5	4,1	0,921*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,7 ± 0,6	3,5	0,714*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,4	3,6 ± 0,4	4,2	0,369*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,3	4,1	0,927*

*****ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Çocuk sayıları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuklarının cinsiyetlerine göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Çalışmaya katılan hekimlerin çocuklarının cinsiyetlerine göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Çocuk cinsiyeti			p
	Kız	Erkek	Kız ve Erkek	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,1 ± 0,3	0,598*
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,574*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,1 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,3	0,392*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4,0 ± 0,5	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,3	0,361*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,6	3,6 ± 0,7	3,6 ± 0,6	0,779*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,4	3,7 ± 0,4	3,6 ± 0,4	0,481*
Genel ölçek puanı	4,1 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,3	0,434*

*****ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Katılımcıların bilgi düzeyi çocuklarının cinsiyetine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin en büyük çocuklarının yaşlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Çalışmaya katılan hekimlerin en büyük çocuklarının yaşlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	En büyük çocuk yaşı				p
	0 - 5 yaş	5 - 10 yaş	10 - 15 yaş	15 yaş üstü	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,0 ± 0,2	0,550*
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,4	4,3 ± 0,5	4,1 ± 0,5	0,560*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,1 ± 0,4	4,0 ± 0,3	3,8 ± 0,4	3,9 ± 0,3	0,171*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,4	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,727*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,7	3,8 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,5	0,794*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,4	3,6 ± 0,4	3,7 ± 0,4	0,772*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,4	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,3	0,599*

*****ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

En büyük çocuk yaşı grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin en küçük çocuklarının yaşlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Çalışmaya katılan hekimlerin en küçük çocuklarının yaşlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	En küçük çocuk yaşı				p
	0 - 5 yaş	5 - 10 yaş	10 - 15 yaş	15 yaş üstü	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,3	4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,1 ± 0,3	0,758
İhmal belirtileri	4,3 ± 0,5	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	4,3 ± 0,5	0,558
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,1 ± 0,4	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,3	3,7 ± 0,3	0,119
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,5	3,6 ± 0,6	0,597
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,6	3,7 ± 0,5	3,7 ± 0,6	3,3 ± 0,5	0,512
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,4	3,7 ± 0,4	3,5 ± 0,4	0,696
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,2	3,9 ± 0,3	3,8 ± 0,3	0,532

En küçük çocuk yaşı grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23. Çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet öncesi ve/veya sonrasında çii eğitimi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,21 ± 0,37	4,12 ± 0,40	0,105*
İhmal belirtileri	4,25 ± 0,51	4,15 ± 0,52	0,166*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,03 ± 0,40	3,93 ± 0,37	0,051*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,90 ± 0,53	3,79 ± 0,50	0,117*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,69 ± 0,61	3,58 ± 0,62	0,155*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,76 ± 0,50	3,74 ± 0,49	0,698*
Genel ölçek puanı	4,02 ± 0,36	3,93 ± 0,37	0,070*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanlar ve almayanlar arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin aldıkları Çİİ eğitiminin yeterli olduğunu düşünme durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24. Çalışmaya katılan hekimlerin aldıkları çii eğitiminin yeterli olduğunu düşünme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,2 ± 0,4	0,405*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0826*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,4	4,0 ± 0,4	0,688*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,599*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,7	3,6 ± 0,5	0,376*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,946*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,4	4,0 ± 0,4	0,842*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyelerine göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 25'de verilmiştir.

Tablo 25. Çalışmaya katılan hekimlerin istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyelerine göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi			p
	Çok iyi/İyi	Orta	Kötü/Çok kötü	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,2 ± 0,4	4,0 ± 0,4	0,238*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,074*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,4	0,085*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	3,5 ± 0,5	**0,003***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,5 ± 0,5	0,729*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,427*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,4	0,053*

*ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olan grup ile orta olan grubun istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p1:0,012; p2:0,002).

İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin istismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26. Çalışmaya katılan hekimlerin istismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumu			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	3,7 ± 0,5	4,1 ± 0,4	**0,003***
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	3,5 ± 0,7	4,2 ± 0,5	**0,001***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,3	3,6 ± 0,5	3,9 ± 0,4	**0,002***
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,5 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,092*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,6	3,3 ± 0,3	3,6 ± 0,6	0,098*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,4 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,147*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,3	3,5 ± 0,4	3,9 ± ,04	**0,002***

*ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İstismar ile ihmal ayrımını yapamayanların alt boyutu değerleri, istismar ve ihmal ayrımını yapabilen ve yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0,002; p2:0,005).

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İstismar ile ihmal ayrımını yapamayanların ölçek alt boyutu değerleri, istismar ve ihmal ayrımını yapabilen ve yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (pı:0,001; p2:0,02).

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İstismar ile ihmal ayrımını yapamayanların ölçek alt boyutu değerleri, istismar ve ihmal ayrımını yapabilen ve yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (pı:0,005; p2:0,047).

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İstismar ile ihmal ayrımını yapamayanların ölçek alt boyutu değerleri, istismar ve ihmal ayrımını yapabilen ve yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (pı:0,002; p2:0,012).

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hekimler tarafından çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilme durumuna göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Çalışmaya katılan hekimler tarafından çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilme durumuna göre ÇİİBRTYO genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Çalışmaya Katılan Hekimler Tarafından Çocuğun Yanlış Olduğu Düşünülen Bir Davranışını Düzeltmek, Doğruyu Gösterebilmek İçin Çocuğa Bağırmak, Hafifçe Vurmak vb. Uygulamaların İstismar Olarak Kabul Edilme Durumu		p
	Evet, istismardır	Hayır, istismar değildir	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,5	0,724*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,2 ± 0,6	0,699*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,770*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,252*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,5 ± 0,7	0,166*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,461*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,284*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenler ve etmeyenler

arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin çocukluklarında Çİİ'ye maruz kalma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Çalışmaya katılan hekimlerin çocukluğunda Çİİ'ye maruz kalma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Çocukken istismara ya da ihmale uğrama durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,283*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,723*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,490*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,154*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,8 ± 0,6	3,6 ± 0,6	**0,019***
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,9 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,103*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,133*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Çocukken istismara ya da ihmale uğrayanların istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri puanı alt boyutu değerleri, çocukken istismara ya da ihmale uğramayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,019).

Çocukken istismara ya da ihmale uğrama durumları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin aile öyküsünde Çİİ varlığına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29. Çalışmaya katılan hekimlerin aile öyküsünde Çİİ varlığına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,4	0,245*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,521*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,564*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,142*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,8 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,149*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,382*
Genel ölçek puanı	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,115*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin meslek hayatlarında Çİİ ile karşılaşma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Çalışmaya katılan hekimlerin meslek hayatlarında Çİİ ile karşılaşma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Meslek hayatınızda istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,353*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,6	0,218*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,090*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,213*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,326*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,477*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,153*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Meslek hayatınızda istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin fiziksel istismar ile karşılaşma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 31'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 31. Çalışmaya katılan hekimlerin fiziksel istismar ile karşılaşma durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutlarının değerlendirilmesi

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Fiziksel istismar ile karşılaşma durumu		p
	Var	Yok	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,417*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,5	**0,042***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,070*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,155*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,904*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,87 ± 0,5	0,067*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,103*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Fiziksel istismar ile karşılaşanların ihmal belirtileri alt boyutu puanı, fiziksel istismar ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Fiziksel istismar ile karşılaşma durumları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsel istismar ile karşılaşma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 32'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 32. Çalışmaya katılan hekimlerin cinsel istismar ile karşılaşma durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutlarının değerlendirilmesi

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Cinsel istismar ile karşılaşma durumu		p
	Var	Yok	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,4	0,246*
İhmal belirtileri	4,1 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,401*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,911*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,420*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,735*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,6 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,130*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,348*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Cinsel istismar ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin duygusal istismar ile karşılaşma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 33'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 33. Çalışmaya katılan hekimlerin duygusal istismar ile karşılaşma durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutlarının değerlendirilmesi

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Duygusal istismar ile karşılaşma durumu		p
	Var	Yok	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,3 ± 0,3	4,1 ± 0,4	0,082*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,701*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,409*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,076*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,4	3,6 ± 0,6	0,372*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,854*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,113*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Duygusal istismar ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin ekonomik istismar ile karşılaşma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 34'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 34. Çalışmaya katılan hekimlerin ekonomik istismar ile karşılaşma durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutlarının değerlendirilmesi

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Ekonomik istismar ile karşılaşma durumu		p
	Var	Yok	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,582*
İhmal belirtileri	4,1 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,413*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,544*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,530*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,4	3,6 ± 0,6	0,660*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,4	3,7 ± 0,5	0,654*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,929*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Ekonomik istismar ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin ihmal ile karşılaşma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 35'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 35. Çalışmaya katılan hekimlerin ihmal ile karşılaşma durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutlarının değerlendirilmesi

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	İhmal ile karşılaşma durumu		p
	Var	Yok	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,3	4,1 ± 0,4	0,876*
İhmal belirtileri	4,1 ± 0,5	4,2 ± 0,5	0,600*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,416*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,509*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,5	3,6 ± 0,6	0,537*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,4	3,7 ± 0,5	0,777*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,775*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

İhmal ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları kurumlarda Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda uygulanan bir prosedürün varlığı hakkındaki bilgi durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Çalışmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları kurumlarda Çİİ'ye yönelik prosedür varlığına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında uygulanan prosedür mevcut olma durumu			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,4	4,3 ± 0,3	4,1 ± 0,4	0,369*
İhmal belirtileri	4,1 ± 0,5	4,3 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,343*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,341*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,7 ± 0,5	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	0,196*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,7 ± 0,5	3,6 ± 0,6	0,870*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,6 ± 0,5	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,5	0,151*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,3	3,9 ± ,04	0,310*

*ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında uygulanan prosedür mevcut olma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları kurumlarda Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda uygulanan prosedürün düzgün işleyip işlemediği ile ilgili bilgi durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 37'de verilmiştir.

Tablo 37. Çalışmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları kurumlarda bulunan Çİİ prosedürlerinin düzgün işleyip işlememe durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Prosedürün düzgün şekilde işleme durumu			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,4	0,705*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,3 ± 0,6	4,2 ± 0,5	0,799*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,4	0,221*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,475*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,982*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,9 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,393*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,3	3,9 ± ,04	0,489*

*ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Prosedürün düzgün bir şekilde işleme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin TCK'ya göre, çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren hekim ve sağlık çalışanlarının hapis cezası alabileceğini bilme durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 38'de verilmiştir.

Tablo 38. Çalışmaya katılan hekimlerin TCK'ya göre, çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren hekim ve sağlık çalışanlarının hapis cezası alabileceğini bilme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	TCK'ya göre çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren hekim ve sağlık çalışanlarının hapis cezası ile cezalandırılabileceğini bilme durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,295*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,5	0,072*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,096*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,121*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,7 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,095*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,5	0,274*
Genel ölçek puanı	4,0 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,075*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Hekim ve sağlık çalışanlarından, TCK Madde 279'a göre çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösterenlerin altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabileceğini bilme durumları

arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin Çİİ hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 39'da verilmiştir.

Tablo 39. Çalışmaya katılan hekimlerin Çİİ hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,1 ± 0,4	4,2 ± 0,4	0,902*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,6	0,638*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,878*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,4	0,639*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,774*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,7 ± 0,5	3,7 ± 0,4	0,863*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,4	0,799*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

Çocuk İstismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin branş/alt unvanlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 40'da verilmiştir.

Tablo 40. Çalışmaya katılan hekimlerin branş/alt unvanlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

ÇİİBRTYÖ Alt Boyutları	Hekimlerin Branş/Alt Unvanlarına Göre Bilgi Durumları								p
	AH – As**	AH – Uz**	AH – Pr**	AC – Pr**	AC – Uz**	AC – As**	ÇH – As**	ÇH – Uz**	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,2 ± 0,4	4,0 ± 0,3	4,2 ± 0,3	4,2 ± 0,4	4,4 ± 0,4	3,9 ± 0,5	4,2 ± 0,3	3,9 ± 0,3	0,051*
İhmal belirtileri	4,2 ± 0,5	4,0 ± 0,5	4,3 ± 0,5	4,3 ± 0,5	4,5 ± 0,6	4,1 ± 0,6	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,3	0,360*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3,9 ± 0,4	4,0 ± 0,3	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,5	3,8 ± 0,5	4,1 ± 0,3	3,9 ± 0,2	0,136*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,8 ± 0,5	3,9 ± 0,3	4,0 ± 0,5	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,6	3,7 ± 0,5	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,172*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,8 ± 0,7	3,9 ± 0,7	3,6 ± 0,4	3,5 ± 0,6	3,4 ± 0,5	3,5 ± 0,6	**0,023***
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,8 ± 0,5	3,8 ± 0,4	3,9 ± 0,4	3,8 ± 0,5	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,5	3,7 ± 0,4	3,8 ± 0,4	0,433*
Genel ölçek puanı	3,9 ± 0,4	3,9 ± 0,3	4,0 ± 0,3	4,0 ± 0,3	4,0 ± 0,5	3,8 ± 0,4	3,9 ± 0,3	3,9 ± 0,3	0,128*

*ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, ÇİİBRTYÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

**AH - As: Aile hekimliği asistanı, AH - Uz: Aile hekimliği uzmanı, AH - Pr: Pratisyen aile hekimi, AC - Pr: Pratisyen acil tıp hekimi, AC - Uz: Acil tıp uzmanı, AC - As: Acil tıp asistanı, ÇH - As: Çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanı, ÇH - Uz: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı.

Branş/alt unvanları arasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu değerleri, acilde çalışan pratisyen hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0,047$).

Branş/alt unvanlar açısından diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Çalışmamız Edirne merkez ilçede görev yapan ve çocuk istismarı ve ihmali vakalarıyla karşılaşma olasılığı bulunan Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği birimlerinde görev yapan 236 hekim üzerinde yürütülmüştür. Bu çalışma ile geçmişten günümüze yaygın ve ciddi bir sorun olan çocuk istismar ve ihmalinin tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolü olan hekimlerin, Çİİ ile ilgili bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerini değerlendirerek, eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin 111'i (% 47) kadın, 125'i (% 53) erkektir. Katılımcıların yaşları 24 ile 59 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 31,5 ± 6,5 yıldır. Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasını (% 69,1) asistan hekimler oluşturmaktadır. Bu nedenledir ki, araştırmamıza en çok katılım gösteren yaş grubu % 54,7 ile 24-29 yaş grubu olmuştur. Gölge ve ark. (12) sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 30,58 yıl, Şanyüz (94) tarafından 2009 yılında hekimlerin çocuk istismarına yaklaşım durumlarını belirlemek amacıyla, farklı branşlardaki hekimlerle yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 33,23 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması, daha önce yapılan benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı (% 51,3) evlidir. Kanat'ın (95) 2017 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı bir araştırmada doktorların % 70'inin evli olduğu belirlenmiştir. Kara (96) tarafından Ankara'da pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimler üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada, katılımcıların % 60,9'unun evli olduğu belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin medeni durumlarına bakıldığında, benzer bazı çalışmalar ile uyumlu olduğu, bazı çalışmalara göre ise evli olan hekimlerin oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısının 30 yaş altında

olması, % 58,1'inin görev süresinin 5 yıldan az olan hekimler olması oranın düşük olmasının nedeni olarak düşünülebilir.

Katılımcıların büyük kısmının (% 73,7) çocuğu yoktur. Erol (97) tarafından 2018 yılında İstanbul'da çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan ve uzman hekimleri ile yapılan bir çalışmada tüm hekimlerin %57,9'unun çocuk sahibi olmadığı belirtilmiştir. Demir (27) tarafından Edirne'de 2012 yılında yapılan aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi ile ilgili çalışmada katılımcıların %72,6'sının çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir. Çocuk sahibi olma açısından çalışmamıza katılan hekimlerin oranları, yapılan bazı çalışmalarla uyumlu bulunurken bazı çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Çalışmamızın materyalini oluşturan hekimlerin yaş ortalamasının 30'lu yaşların başında olması, % 48,7'sinin bekar olması, % 58,1'inin meslek hayatının ilk 5 yılı içinde olması henüz çocuk sahibi olmamalarına sebep gösterilebilir.

Branşlarına göre dağılımlarına bakıldığında, çalışmaya katılanlar içerisinde en büyük grubu aile hekimliğinde çalışan hekimler (% 62,7) oluştururken, acil tıp biriminde çalışan hekimler % 23,7 oranında, çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlarda çalışan hekimler ise % 13,6 oranındadır. Katılımcıların % 69,9'u üniversite hastanesinde çalışmaktadır.

Çalışmaya katılanların önemli bir kısmının (% 58,1) görev süresi 5 yıl altındadır. Kanat'ın (95) yaptığı çalışmada hekimlerin yarısının 7 yıldan az, %40'ınm 11 yıl ve üzerinde görev yaptığı görülmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin % 69,1'inin asistan hekimlerden oluşması, görev süresinin kısalığını açıklayabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin % 38,6'sı tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almış ve eğitim alanların % 51,6'sı eğitimi yetersiz bulmuştur. Erol (97) tarafından çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan ve uzmanları ile yapılan çalışmada asistan hekimlerin % 68,9'u, uzman hekimlerin % 44,3'ü mezuniyet öncesinde, asistan hekimlerin % 46,7'si, uzman hekimlerin % 62,3'ü mezuniyet sonrasında eğitim aldığını ifade etmiştir. Mezuniyet öncesi eğitim alan hekimlerin %74,8'i, mezuniyet sonrası eğitim alan hekimlerin ise %58,9'u aldıkları Çİİ eğitiminin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin eğitim alma durumlarının daha önceki çalışmalara göre düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca Çİİ konusunda eğitimler veriliyor olsa da çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunun verilen bu eğitimi yeterli bulmadığı görülmektedir. Tüm bunlar göz önüne alınarak; Çİİ konusunda eğitimlerin sayısının artırılması, tüm hekimlere ulaşılması gerektiği gibi bu eğitimlerin içeriklerinin de geliştirilip daha kapsamlı ve daha öğretici olması gerekmektedir.

Hekimlerin istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik durumları sorulduğunda hekimlerin büyük bir kısmı (% 59,7) kendisini orta yeterlilikte nitelendirirken, % 11,8'i kötü ve çok kötü olduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin ancak % 28,4'ü kendisini yeterli görmektedir. Katılımcılara istismar ile ihmal ayrımını yapıp yapamayacakları sorulmuş ve hekimlerin % 48,7'si evet cevabı vermiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin % 90,7'si ise Çİİ konusunda daha fazla bilgi sahibi olmayı istemektedir. Çetin (98) tarafından 2020 yılında İzmir'de aile hekimliği asistanları üzerinde yapılan araştırmada, hekimlerin yaklaşık yarısının kendisini Çİİ konusunda yetersiz gördüğü belirlenmiş ve asistanların % 96,9'u bu konuda bilgi ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir. Görüldüğü üzere hekimlerin büyük bir bölümü kendisini Çİİ konusunda yetersiz hissetmekte ve daha fazla bilgi sahibi olmayı istemektedirler.

Hekimlere çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilme durumu soruluğunda ise; % 23,7'sinin bu durumu istismar olarak görmediği gözlenmiştir. Hekimlere istismarın tanımı sorulduğunda ise, % 79,7'si cevabı doğru olarak işaretleyebilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin % 17,4'ünün çocukken istismar veya ihmale uğradığı ve % 9,7'sinin de ailesinde istismar/ihmal öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir. Sarıyar'ın (99) 2019 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların % 23,1 'inin yakın çevresinde istismar veya ihmale uğrayan birisi bulunurken, Yılmaz ve ark. (100) tarafından 2015 yılında Ankara'da hemşirelerle yapılan çalışmada katılımcıların % 6'sının aile öyküsünde istismar/ihmal vakası bulunduğu belirtilmiştir. Son yıllarda artan farkındalık kampanyaları ile katılımcıların cesaretlendiği ve bu durumu daha kolay dile getirebildikleri düşünülebilir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu (% 68,2) meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakası ile karşılaşmıştır. Türker'in (101) 2017 yılında aile hekimleri, hemşire ve ebeler ile yaptığı çalışmada aile hekimlerinin % 67,5'inin, Kocaer (102) tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada ise hekimlerin % 52,8'inin meslek hayatları süresince Çİİ olgusu ile karşılaştıkları bulunmuştur. Çalışmamızda görüldüğü gibi hekimlerin büyük çoğunluğu meslek yaşamlarında Çİİ vakalarıyla karşılaşmışlardır. Literatüre bakıldığında geçmişten günümüze gelindikçe Çİİ vakalarıyla karşılaşma oranlarında artış görülmektedir. Son yıllarda artan farkındalık kampanyalarının, basındaki haberlerin ve hükümetlerin bu konuyla ilgili çalışmalarının; hekimlerin farkındalıklarını olumlu yönde etkilemesi gösterilebilir.

Çalışmamıza bakıldığında, istismar ve/veya ihmal vakası ile karşılaşan hekimlerin en fazla karşılaştığı istismar türü fiziksel istismardır (% 64,5). Hekimlerin % 34,7'si ihmal, % 31'i

cinsel istismar, %21,4'ü duygusal istismar ve %12,4'ü ekonomik istismar ile karşılaşmıştır. Yılmaz ve ark. (100) tarafından 2015 yılında Ankara'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada katılımcıların en sık fiziksel istismar (% 36,4) ile karşılaştığı belirlenmiştir. Erol'un (97) 2018 yılında yaptığı çalışmada toplumda en sık rastlanan istismar türüne hekimlerin verdiği cevap, birinci sırada % 51,4 oranıyla ihmal, ikinci sırada % 26,8 ile duygusal istismar, üçüncü sırada ise % 21,9 ile fiziksel istismar olmuştur. Yükseler (103) tarafından 2020 yılında, Malatya'da yapılan bir araştırmada katılımcıların % 35,2'si toplumda en sık görülen istismar şeklinin fiziksel istismar olduğunu düşünmektedir. Bizim çalışmamızdaki bulguların literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. Ayrıca istismar/ihmal olgularının izole vakalardan ziyade çoklu şekilde olduğu da dikkat çekmektedir.

İstismar ve/veya ihmal vakasıyla karşılaşan hekimlere karşılaştıkları vakalarda zorlayan durumlar sorulduğunda, % 66,4'ü öykü almada zorlandığını belirtmiştir. Hekimler ikinci sırada % 47,8 oranında ilgili kurumlara rapor etmede zorlandıklarını bildirmişlerdir. Kara (96) tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada Çİİ vakası veya şüphesi ile karşılaşan hekimlerin hangi aşamada zorlandığı sorgulanmış, hekimlerin %58,1'i gerekli kurululalarla iletişim/yasal süreçler, %41,1'i öykü alma, %36,1 'i kayıt tutma, %34,7'si fizik muayene, %0,8'i de aileye açıklama yapma konusunda zorlandığını belirtmiştir. Çetin (98) tarafından İzmir'de aile hekimliği asistanlarıyla yapılan bir çalışmada Çİİ vakası ile karşılaşan hekimlerin en çok bildirim yapma ve yasal süreç konusunda zorluk yaşadığı tespit edilmiştir. Hekimlere Çİİ ile ilgili verilen eğitimlerde, istismar ve/veya ihmal vakasıyla karşılaşıldığında öykü alınırken yaşanabilecek sorunlardan ve bunların çözümlerinden daha ayrıntılı bahsedilmesi gerekmektedir. Ayrıca bizim çalışmamıza paralel benzer çalışmalarda görüldüğü üzere hekimlerin çoğu Çİİ vakaları ile karşılaştıklarında yasal sürecin nasıl işlemesi gerektiğini, nereye ve hangi şekilde bildirim yapacaklarını bilmemektedir. Bu doğrultuda düzenlenen eğitimlerde Çİİ yalnızca tıbbi yönüyle değil, hukuki olarak da ele alınmalı ve hekimlerin yasal süreç hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Vakaların ilgili kurumlara rapor edilmesinde, gerekli düzenlemelerin yapılarak sürecin kolaylaştırılmasına da önem verilmelidir.

Çalışmamızda, hekimlerin meslek hayatlarında Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumları değerlendirilmiş ve yaş, medeni durum, çocuk varlığı ve Çİİ eğitimi alma durumuna göre istismar/ihmalle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yaşları 24-29 arasında değişmekte olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (% 62,6), yaşları 40 ve üzeri olan gruptan (% 95,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Evli olan hekimlerin meslek hayatında

istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranları (% 75,2) bekar olanlara göre (% 60,9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların oranı (% 86,7), çocuk sahibi olmayanların oranına (% 61,9) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (% 78), eğitim almayanlardan (% 62,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımıza göre; istismar/ihmal vakalarının tanınmasında, tecrübe sahibi olmayla beraber bu konuya hassasiyet göstermenin önemli olduğu gösterilmiştir. Daha yaşlı ve tecrübeli hekimlerin, daha eğitimli hekimlerin ve çocuk sahibi olan hekimlerin Çİİ'na karşı daha hassas oldukları için vakaları tanımada daha başarılı olduğu düşünülebilir. Meslek hayatının başındaki, bekar ve çocuğu olmayan hekimlere Çİİ eğitimlerinde bu dezavantajları göz önünde bulundurularak yaklaşılmalıdır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin tamamı (% 100) istismar-ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını ifade etmiştir. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Erol'un (97) çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan ve uzmanlarında yaptığı çalışmada katılımcıların tamamının bildirimde bulunacağını, Gölge ve ark. (12) tarafından sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada hekimlerin % 96,4'ü, hemşire-ebelerin ise % 94,9'u Çİİ şüphesi veya olgusuyla karşılaşma durumunda bildirimde bulunacağını belirtmiştir. Ancak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunun Çİİ ile karşılaşma durumunda nasıl bir yol izlemesi gerektiğini bilmemesi dikkat çekmektedir. Solak (104) tarafından 2018 yılında Adana'da yapılan bir çalışmada ise Çİİ ile karşılaşan hekimlerin % 42,2'si adli bildirim yapmıştır. Lazenbatt ve ark. (105) tarafından Kuzey İrlanda'da doktor, diş hekimi ve hemşirelerden oluşan 419 sağlık çalışanıyla yapılan araştırmada katılımcıların % 60'ının Çİİ ile karşılaştığı, Çİİ ile karşılaşanların da sadece % 47'sinin bildirim yaptığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalara bakıldığında bildirim yapma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin bizim çalışmamızda bildirim yapmayı düşünenlerin oranının, diğer çalışmalarda ise Çİİ ile karşılaşan hekimlerin bildirimde bulunma oranlarının ele alınmış olmasıyla ilişkili olduğu, Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaşan hekimlere bildirim yapma durumları sorulduğunda daha düşük bir oran elde edilebileceği düşünülebilir.

Bildirim yapacağını belirten hekimlere nasıl bildirim yapacağı sorulduğunda, hekimler ilk sırada adli rapor tutacağını (% 49,8) belirtmiştir. İkinci sırada ise, hekimlerin % 27,4'ü polis çağıracağını ifade etmiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı ararım diyenlerin oranı % 11,7 olurken, SHÇEK'e bildiririm diyen hekim oranı ise % 3,6 olarak belirlenmiştir. Kara ve ark. (96) Ankara'da yaptıkları çalışmada, hekimlerin % 60,2'si adli rapor tutacağını, % 30,4'ü

SHÇEK'e, % 10,5'i Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirimde bulunacağını, % 38,5'i polise haber vereceğini belirtmiştir. Sarıyar'ın (99) Van'da yaptığı, sağlık çalışanlarının çocuk istismarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının araştırıldığı çalışmada katılımcılar; Çİİ olayını en çok polise, ikinci sırada da çocuk izlem merkezine bildireceklerini ifade etmişlerdir. Shor (106) tarafından İsrail'de 135 pediatrist ile yapılan bir çalışmaya göre ise hekimlerin daha çok sosyal hizmetlere bildirim yapacağını belirtmesi dikkat çekmektedir. Bildirim yapmayı düşünen hekimlere sorulduğunda hekimler en fazla adli rapor tutarak bildirim yapmayı tercih etmekteyken Çİİ ile karşılaşan hekimlerin en çok ilgili kuramlara rapor etme/yasal süreç aşamasında zorlanması çelişki olarak görülmektedir. Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaşıp bildirim yapan hekimlerin bildirim şekli ayrıca sorulmamış olup, sorulduğunda adli rapor tutma oranının daha düşük bulunabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda istismar/ihmal vakası ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını ifade eden katılımcımız olmamıştır. Ancak literatür incelendiğinde hekimlerin gerçek istismar/ihmal vakasında daha farklı bir tutum sergilediği görülmektedir. Solak'ın (104) yaptığı çalışmada katılımcıların % 5,4'ünün Çİİ ile karşılaşma durumunda hiçbir şey yapmadığı, adli bildirim yapmama nedenleri arasında başta gelenlerin ise bildirim konusunda bilgi yetersizliği, bildirim sonrasında çocuğun hayatının olumsuz etkileneceği düşüncesi, Çİİ'den yeterince şüphe duyulmaması ve sosyal servislerin konuyla yeterince ilgilenmeyeceği fikri olduğu görülmektedir. Sarıyar'ın (99) yaptığı araştırmada katılımcıların bildirim yapmama nedenleri arasında ilk sırada bildirim sürecinde çocuğun zarar görebileceği endişesi yer alırken, Yılmaz ve ark. (100) tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada ise katılımcıların çoğu bildirim yapmama nedenlerini Çİİ hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları olarak ifade etmiştir. Yine Almanya'da hekimlerde yapılan bir çalışmada, bildirim yapmama yönünde görüş bildiren hekimler, bildirimde bulunmaları durumunda hasta yakınlarının tepkisinden korkmaları, Çİİ bulgularını tanımlamada zorluk, zaman kısıtlılığı, kendilerini bu konuda yetersiz hissetmeleri ve adli rapor tutmanın faydalı olacağını düşünmeme gibi sebeplerden bahsetmektedir (107). Hekimler; yasal prosedürlerden ve süreçten yeterli bilgi sahibi olmamaları, ayrıca hukuki sorumluluklarını yeterli düzeyde bilmemeleri, Çİİ olgularını bildirmeleri durumunda kendilerinin veya çocuğun zarar görebileceği endişesi taşımaları gibi sebeplerle ve çocuk koruma hizmetlerinin sürecin başlangıcında veya devamında yetersiz kalabileceği düşüncesiyle istismar ve ihmal vakalarını bildirmekte tereddüt yaşamakta veya vakaları bildirmemeyi tercih etmektedir. Bu durum mağdur olan çocukların daha fazla zarar görmesine, istismar/ihmalin devam etmesine neden olmakta ve morbidite/mortalite riskini de artırmaktadır.

İstismar/ihmal vakasıyla karşılaşma durumunda bildirim yapılmaması halinde uygulanacak cezai işlemler, Türk Ceza Kanununun 278, 279 ve 280. maddelerinde anlatılmaktadır. Dolayısıyla istismar/ihmal vakalarının bildirilmesi yalnızca vicdani ve tıbbi bir yükümlülük değil aynı zamanda hukuki bir zorunluluktur. TCK Madde 279'da kamu görevlilerinin suçu bildirmemesi durumunda altı aydan iki yıla kadar hapis cezası alabileceklerinden bahsedilirken, TCK Madde 280'de doktor, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının işlenen suçu bildirmekle yükümlü olduğu, suçun bildirilmesinde gecikme gösterme veya bildirmeme durumunda bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırabileceği belirtilmektedir (91). Çalışmaya katılan hekimlere, TCK'ya göre hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının suç unsuru taşıyan Çİİ vakalarıyla karşılaşma durumunda bildirimde gecikme göstermesi veya bildirim yapmaması durumunda hapis cezası ile cezalandırabileceklerini bilip bilmedikleri sorulduğunda katılımcıların yarısından fazlası (% 52,5) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Kaptan (108) tarafından 2016 yılında Trabzon'da hekimler ve hemşirelerle yapılan çalışmada hekimlerin % 69,8'inin, hemşirelerin ise % 87,8'inin yasal sorumluklarının bilincinde olmadığı saptanmıştır. Tekin (91) tarafından Antalya'da sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada katılımcıların % 29,3'ünün Çİİ konusundaki kanuni yükümlülüklerini bilmediği belirlenmiştir. Al-Moosa ve ark. (109) 2003 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri ile yaptığı çalışmada hekimlerin % 80'den fazlasının Çİİ olgularının bildirilmesinin yasal olarak zorunlu olup olmadığını veya nereye bildirmesi gerektiğini bilmediği belirlenmiştir. Sonuçlara bakıldığında hekimler arasında hukuki sorumluluklar açısından hala çok büyük bilgi açığı olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun (% 72,9) çalıştıkları kurumda Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek bir prosedürün varlığından habersiz olduğu görülmekteyken, hekimlerin sadece % 21,2'si kuramlarında Çİİ prosedürünün bulunduğunu belirtmiştir. Çalıştıkları kurumlarında Çİİ ile ilgili prosedürü bulunan hekimlere bunun düzgün işleyip işlemediği sorulduğunda çoğunluğu (% 75,4) durumdan habersiz olduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin sadece % 17,8'i kurumlarındaki Çİİ ile ilgili prosedürün düzgün işlediğini belirtmiştir. Kamiloğlu'nun (110) 2017 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada asistan hekimlere çalıştıkları kurumda Çİİ olaylarının bildirimi için standart bir prosedür bulunup bulunmadığı sorulmuş, katılımcıların 63'ü (% 26) hayır, 153'ü (% 63,3) bilmiyorum cevabı vermiştir. Erol (97) tarafından hekimlerle yapılan çalışmada ise katılımcıların % 42,1'i kurumlarında Çİİ prosedürü olduğunu belirtmiş, prosedür bulunduğunu söyleyen hekimlerin % 75,3'ü uygulanan Çİİ prosedürünü yeterli bulmuştur. Bizim çalışmamıza ve diğer benzer çalışmalara

bakıldığında, katılımcıların çoğunun kurumlarındaki Çİİ prosedürü hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Her ne kadar çalıştıkları kurumlarda düzgün işleyen bir Çİİ prosedürü olduğunu belirten hekimler olsa da bu duruma temkinli yaklaşılması gerekmektedir. Literatürdeki çalışmalardaki verilerin birbiriyle uyumsuzluğu dikkate alınmalıdır. Kurumlarda Çİİ ile ilgili düzgün işleyen prosedür olan yerlerde de personele düzenli aralıklarla hatırlatıcı ve bilgilendirici eğitimler verilmeli, olmayan kurumlarda ise ivedilikle Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek prosedürler oluşturulmalıdır. Bu prosedürlerin düzgün işleyip işlemediği de düzenli aralıklarla denetlenmelidir.

Çalışmamıza katılan hekimlere çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesindeki öncelikli hedefler konusundaki görüşleri sorulduğunda, % 30,5'i yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesini belirtirken, % 30,2'si daha caydırıcı cezaların verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çocuk istismarı ve ihmalinin oluşmasında bireysel, ailesel ve toplumsal etkenler rol oynamaktadır. Çocuklar bir birey olduğunu öğrenmeli, bedenlerini tanımalı ve sahip oldukları hakları öğrenmelidir. Aynı zamanda ailelere de Çİİ konusunda eğitimler verilmeli ve çocuklarını her türlü istismar ve ihmalden korumaları için ne gibi önlemler almaları gerektiği öğretilmelidir. Hekimler ve diğer sağlık personelleri ailelerin bilinçlenmesi konusunda aktif rol oynamalıdır. Basında ve sosyal medyada kitlelerin bilinçlenmesi için eğitimler verilmeli ve hafızalar taze tutulmalıdır. Çocukları koruyucu yasalar geliştirilmeli ve olası bir istismar/ihmal vakasından sonra devlet duruma ivedilikle müdahil olup çocuğun tedavi ve rehabilitasyonunda aktif rol oynamalıdır.

Katılımcıların ÇİİBRTYÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş, medeni durum, unvan, branş, branş/alt unvan, görev yaptıkları yer ve görev süreleri, çocuk sahibi olma durumları, çocuk sayısı, çocukların cinsiyeti, yaşı, mezuniyet öncesi ve/veya sonrasında Çİİ eğitimi alma durumu, çocukluğunda Çİİ'ye maruz kalma durumu, aile öyküsünde Çİİ varlığı, meslek hayatlarında Çİİ ile karşılaşma durumları, Çİİ ile karşılaştıklarında zorlandıkları aşama ve bildirimde bulunma durumları, görev yaptıkları kurumlarda Çİİ prosedürünün varlığı ve Çİİ hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumlarına göre ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin ÇİİBRTYÖ genelinden aldıkları puan ortalaması 3,9 ± 0,3 olarak hesaplanmıştır. Alınan en düşük puan 3,0, en yüksek puan ise 4,8 olarak bulunmuştur. Yükseler (103) tarafından 2019 yılında Malatya'da ebe, hemşire ve hekimlerle

yapılan bir çalışmada ÇİİBRTYÖ genelinden aldıkları puan ortalaması 3,7 ± 0,3, Kocaer'in (102) 2006 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin ÇİİBRTYÖ genel ölçek puanı ise 3,9 ± 0,4 olarak saptanmıştır. Cirit'in (111) aile sağlığı merkezinde görev yapan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ise tüm grupların genel ölçek puan ortalaması 3,7 ± 0,4, hekimlerin genel ölçek puan ortalaması 3,8 ± 0,3 bulunmuştur. Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin ölçek genelinden aldıkları ortalama puan diğer çalışmalara göre benzer bulunmuştur. Katılımcıların ölçek genelinden aldıkları ortalama puanın ve en küçük puanın 3'ün üzerinde olması Çİİ konusundaki bilgilerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir.

Yaş grupları açısından hekimlerin ÇİİBRTYÖ genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Demir (27) tarafından 2012 yılında Edirne'de hekimlerle yapılan çalışmada yaş ile genel ölçek ve alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir ilişki gözlenmiştir. Solak (104) tarafından Adana'da aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada yaş ile ölçek puanı arasında negatif yönlü, zayıf seviyeli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sarıyar'ın (99) çalışmasında ise yaş grupları ile ölçek genelinden ve alt gruplarından alman puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bu durumun nedeninin son yıllarda çocuk istismarı ve ihmalinin daha fazla önemsenmesiyle birlikte tıp fakültelerinde Çİİ konusuyla ilgili derslere daha fazla yer verilmesiyle birlikte genç hekimlerin konuya önem vermeleri, ileri yaşlı hekimlerin ise mesleki tecrübelerine paralel basın ve sosyal medyada konuyla ilgili eğitimlerin yaygınlaşmasıyla konu hakkında bilgilerini güncellemeleri gösterilebilir.

Hekimler medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Türker (101), Yükseler (103) ve Çatık (112) tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcıların medeni durumlarına göre ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamız literatürle uyumludur.

Hekimlerin unvanları ÇİİBRTYÖ alt boyutları ve genel ölçek değerleri açısından değerlendirildiğinde, asistan hekimlerin İİYEÖ, İİYÇÖ ve genel ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Erol (97) tarafından pediatri asistan ve uzman hekimleri ile yapılan çalışmada, asistan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki toplam bilgi düzeyi, uzman hekimlerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Kara'nın (96) 2014 yılında Ankara'da pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerle yaptığı çalışmasında asistan hekimlerin bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Çalışmamız

literatür ile uyumlu bulunmuştur. Bu durumun sebebini asistan hekimlerin meslek hayatlarının başında olmaları ve diğer hekimlere göre daha tecrübesiz olmaları gösterilebilir.

Hekimlerin branşlarına göre Çİİ konusundaki bilgi düzeylerini karşılaştırdığımızda branş grupları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyut değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çüçen'in (113) 2021 yılında İstanbul'da kadın hekimler ile yaptığı çalışmada da katılımcıların branşlarına göre ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Hekimlerin görev yaptıkları yere göre ÇİİBRTYÖ alt boyutları ve genel ölçek değerleri açısından değerlendirildiğinde, üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin İİYEÖ, İİYÇÖ alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çalışmamızdaki üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin tamamının asistan hekimlerden oluşması, çoğunluğunun meslek hayatlarının başında olmaları ve diğer hekimlere nazaran daha tecrübesiz olmaları bu durumu açıklayabilir.

Hekimlerin görev yaptıkları süre ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Görev süresi grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bilgiç (114) tarafından ebe ve hemşireler ile yapılan bir çalışmada görev süresi 21 yıl ve üzeri olan grubun puan ortalamalarının diğer gruplara göre genel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Gölge ve ark. (12) sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada meslekte geçirilen süre ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, Sarıyar'ın (99) çalışmasında sağlık çalışanlarının görev sürelerine göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; 21 yıl ve üzerinde çalışanların İİYEÖ alt ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ölçek genelinden alınan puanlara bakıldığında meslekte ilk yılında olan hekimler ile meslekte 10 yıldan fazla olan hekimlerin genel ölçek puanları, meslekte 1-10 yıl arasındaki hekimlere göre yüksek bulunmuştur. Hekimlerin zamanla mesleki tecrübelerinde görülen artış ve yeni mezun hekimlerin tıp fakültesinde aldıkları eğitimin niteliği bu durumu açıklamada yardımcı olabilir. Meslekte 1-10 yıl arasındaki hekimlerin görece daha düşük puan almasını ise; hizmet içi eğitimlerin yetersizliği ve hekimlerin asistanlık eğitimlerinde Çİİ konusunda yeterli donanıma sahip olmadan mezun olmaları açıklayabilir.

Çalışmamıza göre; çocuğu olanlar ve olmayan hekimler arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bizim

çalışmamızla uyumlu olarak Kocaer (102) tarafından 2015 yılında ve Çatık (112) tarafından 2006 yılında yapılan çalışmalarda da çocuk sahibi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir. Sonuçlarımıza bakıldığında, çocuk sahibi olmanın Çİİ ile ilgili bilgi düzeyinde fark oluşturmadığı anlamı çıkarılabilir.

Çocuk sahibi olan hekimlerin, çocuk sayısı ve çocukların cinsiyetine göre Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde hekimlerin sahip oldukları çocuk sayısı ve çocukların cinsiyetleri ile ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocuk sahibi olan hekimlerin, en küçük çocuk yaşı gruplarına ve en büyük çocuk yaşı gruplarına göre Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak ölçek geneline bakıldığında küçük yaşta (0-5 yaş) çocuğa sahip hekimlerin genel ölçek ve alt grup puanlarının daha büyük yaşta çocuğa sahip olanlara göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Küçük yaştaki çocukların daha fazla istismar ve ihmal riski altında bulunduğu düşünülürse, 0-5 yaş aralığında çocuğu olan hekimlerin konuya daha duyarlı olması beklenen bir durumdur.

Katılımcıların mezuniyet öncesi ve/veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma durumlarına göre, Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; Çİİ eğitimi alan hekimlerin genel bilgi puanı ortalaması 4,0 ± 0,3, Çİİ eğitimi almayan hekimlerin genel bilgi puanı ortalaması 3,9 ± 0,4 olarak hesaplanmıştır. İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanlar ve almayanlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aldıkları eğitimin yeterli olduğunu düşünen hekimlerin genel ölçek puan ortalaması 4,0 ± 0,4, benzer şekilde yeterli olduğunu düşünmeyen hekimlerin genel bilgi puanı ortalaması 4,0 ± 0,4 olarak hesaplanmıştır. Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Cirit'in (111) 2015 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında, hekimlerin öğrenim hayatlarında veya mezuniyet sonrasında Çİİ hakkında eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulup bulmama durumlarına göre alt ölçeklerden ve genel ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kaptan'ın (108) Trabzon'da hekim ve hemşirelerle yaptığı ve Bahadır'ın (115) Kocaeli'de asistan hekimlerle yaptığı çalışmada mezuniyet öncesi veya

sonrasında Çİİ eğitimi aldığını belirten katılımcıları ölçekten aldıkları ortalama puan, Çİİ eğitimi almadığını ifade eden katılımcıların aldıkları ortalama puandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi ve sonrasında Çİİ hakkında eğitim verilmesi bu konudaki bilgi düzeyini, farkındalığı artıran olumlu bir gelişmedir. Ancak bu eğitimlerin verimliliğinin artırılıp, belirli aralıklarla tekrarı yapılarak hekimlerin bilgi düzeyleri ve yeterlilikleri hakkındaki iç görülerinde artış sağlanabilir.

Hekimler istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olan grubun alt ölçek boyutu değeri istatistiksel olarak diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak Çİİ'nin tanınması konusunda kendini yeterli gören hekimlerin ÇİİBRTYÖ genel ölçek ve alt boyutları puan ortalamaları yeterli görmeyenlere nazaran daha yüksek bulunmuştur. Çetin'in (98) çalışmasında asistan hekimlerin kendilerini yeterli görme ve görmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yükseler'in (103) çalışmasında ise Çİİ konusunda kendini kısmen yeterli gören katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır. Sonuçlara bakıldığında hekimlerin yeterlilik düzeyleri ile bilgi seviyeleri arasında pozitif yönlü bir ilişki dikkati çekmektedir. Bu durum hekimlerin Çİİ'nin tanınmasındaki yeterlilik durumları hakkındaki iç görülerinin ve farkındalıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin istismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları karşılaştırıldığında; istismar ile ihmal ayrımını yapamayanların genel ölçek ve İİÇFB, İB, İİÇDB alt boyut değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi ile istismar ihmal ayrımını yapabilme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Hekimlerin bilgi düzeyi ve farkındalıkları arttıkça istismar ve ihmal olgularını daha kolay tanımlayabildikleri görülmektedir.

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenler ve etmeyenler arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Veriler incelendiğinde; bu

durumu istismar eden hekimlerin etmeyenlere nazaran daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Sarıyar (99) tarafından yapılan çalışmada hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olduğunu düşünenlerin ÇİİBRTYÖ'nin İİÇFB, İİÇDB, İB ve İİYEÖ alt ölçeklerinde aldığı puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çocuğa bağırmak, ona hafifçe vurmak gibi eylemler çoğu zaman istismar olarak kabul edilmemekte ve toplum tarafından yadırganmamaktadır. Aksine çocuğu terbiye etmek veya eğitim vermek gibi algılanabilmektedir. Bu yanlış düşünceden kurtulan hekimlerin nasıl ki ÇİİBRTYÖ alt boyutları puanlarında iyileşme gözleniyorsa, toplum bu bilince ulaşırsa çocuk istismarı ve ihmalinde anlamlı düzeyde azalma sağlanabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin, çocukluk yıllarında istismar ve/veya ihmale maruz kalma durumlarına göre, Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; çocukken istismara ya da ihmale uğrayanların İİYEÖ alt boyutu değerleri, çocukken istismara ya da ihmale uğramayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çüçen'in (113) 2021 yılında yaptığı çalışmada da benzer şekilde çocukken istismara ya da ihmale uğrayanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) puanı alt boyutu değerleri, çocukken istismara ya da ihmale uğramayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hekimlerin de azımsanmayacak bir bölümü (% 17,4) çocukluğunda istismar veya ihmale uğramıştır. Çocukluğunda istismara ve/veya ihmale uğramış hekimlerin istismar ve/veya ihmale uğrayan çocukları tanımada daha başarılı olduğu görülmektedir. Ayrıca çocukluğunda istismara ve/veya ihmale uğramış hekimlerin diğer ölçek alt boyutlarının hepsinde uğramayanlara göre daha yüksek puan aldıkları da dikkat çekmektedir. Çocuklukta yaşanılan travmanın hekimleri nasıl duyarlı hale getirdiği de sonuçlarda açıkça görülmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin ailelerinde istismar/ihmal öyküsü mevcut olma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çüçen'in (113) kadın hekimlerle 2021 yılında yaptığı çalışmada ise ailede istismar/ihmal öyküsü bulunanların İB, İİYEÖ, ÇİİAÖ ve genel ölçek puanı bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında; ailelerinde istismar/ihmal öyküsü bulunanların bulunmayanlara göre ÇİİBRTYÖ genel ölçek ve alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmese de, bütün ÇİİBRTYÖ alt boyutlarında oransal üstünlüğün görülmesi dikkat edilmesi gereken bir konudur. İstismar/ihmale maruz kalan ve/veya aile öyküsünde

istismar/ihmal bulunan hekimlerin ilgili konuya daha duyarlı hale gelmesi ve ölçekten daha yüksek puan alması da beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamıza göre; meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yaman'ın (116) hekimlerle yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak Çİİ ile karşılaşma durumu ile katılımcıların istismar ve ihmal konusundaki bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak literatüre bakıldığında bizim çalışmamızdan farklı olarak, Çİİ ile karşılaşmanın hekimlerin bilgi düzeylerinde artışa neden olduğu ile ilgili çalışmalar daha yaygındır (117,118). Bu durum hekimlerin Çİİ ile karşılaştıkları dönemde yeterli bilgi düzeyi sahip olmamalarıyla veya konuya yeterince ilgiyle yaklaşmadıklarıyla açıklanabilir.

Katılımcılar karşılaştıkları istismar türlerine göre sınıflandırıldığında fiziksel istismar ile karşılaşanların ihmal belirtileri alt boyutu puanı, fiziksel istismar ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Fiziksel istismar ile karşılaşma durumları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu durum fiziksel istismarın belirti ve bulgularının daha kolay anlaşılabilmesi ile açıklanabilir.

Cinsel istismar, duygusal istismar, ekonomik istismar ve ihmal ile karşılaşan hekimler ile karşılaşmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Her ne kadar cinsel istismarın belirti ve bulgularını fark etmek kolay olsa da, duygusal, ekonomik istismar ve ihmalin bulgularını tanımak daha zor olabilir. Bu durum bize Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi düşük olan hekimlerin karşılaştıkları vakaları kaçırmış olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda; hekimlerin çalıştıkları kurumdaki Çİİ prosedürü hakkındaki bilgi durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Hekimlerin görev yaptıkları kurumlarda Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda uygulanan prosedürün düzgün bir şekilde işleme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Erol'un (97) çalışmasında hekimlerin görev yaptıkları kurumda Çİİ prosedürü varlığı hakkındaki görüşleri ile toplam bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, çalıştıkları kurumda prosedür olan hekimlerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kabakoğlu (119) ve Altıok (120) tarafından yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer olarak hekimlerin Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi ile kurumlarındaki prosedür varlığına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza göre bu durumun oluşmasının nedeni hekimlerin çalıştıkları kurumlardaki var olan prosedürlerin düzgün işlemiyor olması olabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin TCK Madde 279'a göre çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren hekim ve sağlık çalışanlarının altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabileceğini bilme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Tugay (121) tarafından 2008 yılında öğretmenlerle yapılmış olan çalışmada öğretmenlerin %51,2'si çocuk istismar ve ihmalinin bildiriminin kanuni bir zorunluluk olduğunu bildiği görülmektedir. Aynı çalışmada öğretmenlerin kanun bilgisine sahip olma durumlarına göre Çİİ ile ilişkili bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kabakoğlu'nun (119) 2017 yılında Hatay'daki aile sağlığı merkezlerinde görevli hemşire ve ebelerde yaptığı çalışmada, hemşire ve ebelerden yasal bildirim yükümlülüğü hakkında bilgi sahibi olanların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek puan ortalaması, kanun hakkında bilgisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Çİİ ile karşılaşma durumunda bildirim yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin dahi bildirim yapılmaması durumunda hapis cezası alabileceklerini bilmedikleri görülmektedir (97,122). Çalışmamızın sonuçlarına göre; hekimler Çİİ'nin belirti ve bulgularını tanıma konusunda yeterli olsalar da kanundaki yeri ve yasal sorumluluklarında konusunda bilgi eksikliğine sahiptir. Bunu engellemek için hekimleri yasal sorumlulukları ve kanun maddeleri hakkında da bilgilendirmek gerekmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bilgiç'in (114) çalışmasında bizim çalışmamızla benzer olarak Çİİ konusunda bilgilenmek isteyen katılımcılar ile istemeyenler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sonuçlara bakıldığında; Çİİ konusunda bilgi almak istemeyen hekimlerin konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları, bu konuyu yeterince önemsemedikleri veya eksikliklerinin farkında dahi olmadıkları anlaşılabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin branş/alt unvanları arasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu değerleri açısından değerlendirildiğinde; acilde çalışan pratisyen hekimlerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutu değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi; acilde çalışan

pratisyen hekimlerin duruma daha kapsayıcı bakış açısıyla yaklaştıkları ve risk faktörlerini tanımada diğer branşlara nazaran daha dikkatli ve tecrübeli olmaları gösterilebilir.

Alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; bizim çalışmamızda istismar ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerinin (İİÇFB) ölçüldüğü alt ölçek puanı ortalaması 4,1 ± 0,3 olarak bulunmuştur. Bilgiç (114) tarafından 2015 yılında Denizli'de yapılan çalışmada ise İİÇFB alt ölçek puanı ortalaması 3,9 ± 0,4, Solak'ın (104) 2018 yılında Adana'da hekimlerle yaptığı bir çalışmada ise 4,1 ± 0,4 olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalara göre bizim çalışmamız da benzer sonuçlar vermiştir. Artan kampanyalar ve farkındalık durumuna rağmen puanların benzer olması Çİİ konusunda daha başka çözümler üretilmesini desteklemektedir.

Çalışmamızda ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerinin (İB) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 4,1 ± 0,5 olarak bulunmuştur. Cirit'in (111) Mersin'de 2015 yılında sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,9 ± 0,6 bulunmuştur. Türker (101) tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada aile hekimlerinin İB alt ölçek puanları ortalaması 4,3 ± 0,5, hemşire ve ebelerin İB alt ölçek puanları ortalaması 4,1 ± 0,7 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri hakkındaki bilgi düzeyi diğer çalışmalardaki hekimler ile karşılaştırıldığında benzer olduğu görülmektedir. İhmalin istismara göre daha zor tespit ediliyor olması bunun bir nedeni olabilir. İstismara olan farkındalığın ihmale de verilmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtilerinin (İİÇDB) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,9 ± 0,3 olarak hesaplanmıştır. Yükseler'in (103) çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,8 ± 0,4 olarak bulunmuştur. Sarıyar'ın (99) çalışmasında ise; tüm katılımcıların istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,9 ± 0,4, çalışmaya katılan doktorların puan ortalaması da 3,9 ± 0,4 olarak hesaplanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki hekimlerin istismar ve ihmalin çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri konusundaki bilgi düzeyinin benzer olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerinin (İİYEÖ) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,8 ± 0,5 olarak bulunmuştur. Yaman'ın (116) 2017 yılında hekimlerle yaptığı çalışmasında İİYEÖ alt ölçek puan ortalaması 3,6 ± 0,6 olarak bulunmuştur. Yaman'ın (116) çalışması ile karşılaştırdığımızda, çalışmamıza katılan hekimlerin istismar ve ihmal

davranışlarında bulunma ihtimali fazla olan ebeveyn özelliklerini daha iyi bildiği görülmektedir.

Çalışmamızda istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin (İİYÇÖ) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,6 ± 0,6 olarak bulunmuştur. Hekimlerin en düşük puan ortalamasına sahip oldukları alt grup istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin sorgulandığı gruptur. İİYÇÖ alt ölçeğinden alman en düşük puan 2,3, en yüksek puan ise 5'tir. Altıok (120) tarafından 2019 yılında doktor, hemşire ve ebelerle yapılan bir çalışmada İİYÇÖ alt ölçek puan ortalaması doktorlarda 3,5 ± 0,4, hemşirelerde 3,4 ± 0,5, ebelerde 3,3 ± 0,4 olarak hesaplanmıştır. Diğer çalışmalarla beraber bizim çalışmamızda da hekimlerin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri hakkındaki bilgi düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Oysa Çİİ'nin tanınmasında ve önlenmesinde istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerinin bilinmesi son derece önemlidir. Risk faktörleri bilinmeden gerekli farkındalığın oluşması zordur. İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri bilinir, bu faktörlerle karşılaşıldığında daha dikkatli olunursa herhangi bir istismar/ihmal vakası erken dönemde fark edilebilir ve çocuktaki hasarı azaltılabilir.

Çalışmamızda çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özelliklerin (ÇİİAÖ) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,7 ± 0,4 olarak bulunmuştur. Kocaer (102) tarafından 2006 yılında hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması tüm katılımcılarda 3,7 ± 0,5, hekimlerde ise 3,7 ± 0,3 bulunmuştur. Yıldırım'ın (123) 2018 yılında Karabük'te sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında tüm katılımcıların ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması 2 ± 0,6, hekimlerin alt ölçek puan ortalaması ise 2,3 ± 0,5 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlarımıza ve literatüre göre; hekimlerin ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması diğer ÇİİBRTYÖ alt ölçek puan ortalamalarına göre düşük tespit edilmiştir. Çİİ ilgili artan farkındalık ve duyarlılığa rağmen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalindeki ailesel risk faktörleri hakkında hala yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Bu konuya; hekimlerin gerek tıp fakültesi eğitimlerinde gerekse hizmet içi eğitimlerinde daha dikkatle ve farkındalık oluşturacak şekilde yaklaşılması gerekmektedir.

SONUÇLAR

Çalışmamıza Edirne merkez ilçede görev yapan ve çocuk istismarı ve ihmali vakalarıyla karşılaşma olasılığı bulunan Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği birimlerinde görev yapan 277 hekimden 236'sı (% 85) katılmıştır. Bu çalışma ile geçmişten günümüze yaygın ve ciddi bir sorun olan çocuk istismar ve ihmalinin tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolü olan hekimlerin, Çİİ ile ilgili bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerini değerlendirerek, eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda geliştirilen öneriler şu şekildedir;

1. Tıp fakültelerinde Çİİ ile ilgili derslerin sayısı artırılmalıdır. Ders içeriklerine; istismar ve ihmali tanımanın yanı sıra bir vaka ile karşılaşılması halinde sürecin nasıl yönetileceği ile ilgili bilgiler eklenmeli ve öğrenciler, yasal prosedür ve hukuki sorumlulukları hakkında aydınlatılmalıdır.
2. Tıp fakülteleri öğrencilerinin staj programlarına en az 1 ay olacak şekilde adli mercilerde gözlemci olarak bulunmalarını sağlayacak rotasyon programı eklenebilir.
3. Hekimlerin, Çİİ'ye yönelik uygulanması gereken yasal prosedür, bu konuda hizmet veren kuruluşlar ve bunlarla nasıl iletişim kurulması gerektiği hakkındaki bilgi düzeyleri yetersiz görünmektedir. Bu nedenle bütün sağlık kuruluşlarında Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanacak bir prosedür düzenlenmeli ve hizmet içi eğitimlerle personele bu konuda bilgi verilmelidir. Belirli periyotlarda da bu hizmet içi eğitimler tekrarlanmalıdır.
4. Hekimlerin yaklaşık yarısı istismar/ihmal vakalarında en çok zorlandıkları bölümün "ilgili kurumlara rapor etme" olduğunu belirtmiştir. Bu zorluğun aşılabilmesi için

gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu sayede yasal sürecin işlemesinde kolaylık sağlanabilir.

5. Çocuk istismarı ve ihmaline bütüncül yaklaşan ve tüm sağlık personelinin istedikleri zaman ulaşabileceği çevrimiçi bir eğitim projesi hazırlanabilir. Bu eğitimlerin de belirli aralıklarla güncellenmesine dikkat edilmelidir.
6. Birinci basamak sağlık kuruluşları başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarında Çİİ tanımlama ve izlem formları olmalı ve bu formlar özellikle risk grubuna uygulanmalı ve bu çocukların, bu konuda eğitim almış olan hemşireler veya sosyal hizmetler uzmanı tarafından aralıklı izlemi yapılmalıdır.
7. Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının gerçekleştirilebileceği "Çocuk İzlem Merkezleri" yaygınlaştırılmalıdır. Çocuk istismarı ve ihmali tıbbi, hukuki ve sosyal bir sorun olduğu için, hekimlerin, hukukçuların ve sosyal hizmet kurumlarının ortaklaşa çalışabileceği düzenlemeler yapılmalıdır.
8. Kitle iletişim araçlarında ve sosyal medyada Çİİ konusuna daha fazla yer verilmeli, tüm toplumun bilgilendirilmesi ve konunun gündemde tutulması sağlanmalıdır. Buna ek olarak anaokulu, ilköğretim okulları ve liselerde çocuklar için yaşa uygun olarak güvenlik eğitim programları hazırlanmalıdır. Kamuya açık yerlerde sesli ve görsel medya yardımıyla çocuk istismarı ve ihmali ile mücadele eğitim programları uygulanmalıdır.
9. Risk altındaki çocukların tespiti gerek sağlık personelince gerekse öğretmenler vasıtasıyla yapılmalı ve çevrimiçi sağlık sistemine "Uyarı" başlığı altında eklenmelidir. Çocuğun risk altında olup olmama durumu bilgisine tüm sağlık personelinin ulaşımı sağlanmalıdır. Sağlık personelinin çocuğa sadece "hasta" perspektifinden değil, "istismar/ihmale uğrama ihtimali yüksek çocuk" bakış açısıyla yaklaşmasının çocuk istismarı ve ihmali vakalarındaki farkındalığı ve tespit oranını artıracağı düşünülmektedir.
10. Bütün istismar ve/veya ihmal vakalarında verilen kararların ve yürütülen sürecin çocuğun yararına olacak şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır. Yürütülen adli süreçte çocuğun yaşadığı travmayı defalarca hatırlamasının önüne geçilmeli, buna riayet etmeyen kişi veya kişilere yönelik kanunlar yeniden düzenlenmelidir.
11. Türkiye'nin çocuk istismarı ve ihmali konusunda ulusal bir organizasyon planına ihtiyacı vardır. Bu organizasyon içerisinde İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı, Çalışma

Bakanlığı, SHÇEK, Barolar birliği, tabip odaları, gönüllü kişiler ve kuruluşlar birlikte çalışmalıdır.

12. Türkiye'nin öncülük edebileceği "Çocuk istismarı ve ihmalini engelleme evrensel planı" hazırlanmalıdır. Çİİ bazen tek bir çocuğa yönelirken, olağanüstü durumlar ve çatışmalarda kitlesel boyuta çıkabilmektedir. Bu olumsuz durumun oluşmadan engellenmesi sağlanmalı, engellenemediği durumlarda ise sorumluların ceza almalarını sağlayacak devletler üstü bir ceza sistemi oluşturulmalıdır.

ÖZET

Çocuk istismarı ve ihmali; insanlık tarihi kadar eski olan, bireysel ve toplumsal derin yaralara sebep olan çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çalışma, çocuk istismar ve ihmalinin tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolleri olan hekimlerin konu ile ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olup, Temmuz 2022 - Mayıs 2023 tarihleri arasında, Edirne merkez ilçede görev yapan Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği birimlerinde görev yapan 236 hekimle yapılmıştır. Veri toplama yöntemi araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 32 soruluk bir anket formu ve 67 soruluk "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" (ÇİİBRTYÖ) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin % 38,6'sı tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almış, eğitim alanların yarıdan fazlası (% 51,6) aldıkları eğitimi yetersiz bulduğunu belirtmiştir. Hekimlerin % 90,7'si çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ) konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini ifade etmiştir. Hekimlerin % 68,2'si meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakası ile karşılaşmıştır. En çok karşılaşılan istismar türü fiziksel istismardır (% 64,5). Mesleki hayatında Çİİ ile karşılaşan hekimlerin en çok zorlandıkları durumlar içinde ilk sırada % 66,4 ile öykü alma gelmektedir. Hekimlerin % 72,9'u görev yaptıkları kurumlarda Çİİ prosedürünün varlığı hakkında bilgi sahibi değildir. Çalışmamıza katılan hekimlerin ÇİİBRTYÖ genelinden aldıkları puan ortalaması 3,9 ± 0,3 olarak hesaplanmıştır. Hekimlerin bilgi düzeyleri arasında unvan, branş, görev yapılan kurum, istismar ve ihmal vakalarını tanıma ve birbirinden ayırt edebilme durumu, çocuklukta

istismar/ihmale uğrama durumu, fiziksel istismar ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Sonuç olarak; hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bazı alanlarda yetersiz bilgi ve farkındalığa sahip olduğu ve karşılaştıkları vakalarda süreci yönetmekte zorlandıkları gözlenmektedir. Mezuniyet öncesi ve sonrası verilecek eğitimlerle hekimlerin bilgi farkındalık düzeyleri en yüksek seviyede tutulmaya çalışılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismarı, Çocuk ihmali, Bilgi ve farkındalık düzeyi, Tutum.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PHYSICIANS SERVING IN THE CENTRAL DISTRICT OF EDIRNE AND LIKELY TO ENCOUNTER CASES OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

SUMMARY

Child abuse and neglect, a significant public health issue that has been present throughout human history, causes individual and societal deep wounds.

This study aims to determine the knowledge levels and evaluate the approaches of physicians who play important roles in the recognition and prevention of child abuse and neglect.

The study is descriptive and cross-sectional, conducted between July 2022 and May 2023, with 236 physicians working in the Emergency Unit, Pediatry, and Family Physician units in the central district of Edirne. Data collection was carried out using a 32 questions survey form developed by the researchers based on the literature and a 67 questions "Child Abuse and Neglect Recognition and Risk Scale". Of the participating physicians, 38.6% received education on child abuse during their medical school or after graduation, and more than half of those who received education (51.6%) found it insufficient. 90.7% of the physicians expressed a desire to have more knowledge about child abuse and neglect. 68.2% of the physicians encountered abuse/neglect cases in their professional lives, with physical abuse being the most common type (64.5%). Among the challenges faced by physicians encountering child abuse and neglect in their professional lives, history-taking ranked first at 66.4%. 72.9% of the

physicians were not aware of the existence of child abuse and neglect procedures in their institutions. The average score from the overall Child Abuse and Neglect Recognition and Risk Scale for the participating physicians was calculated as 3.9 ± 0.3. Statistically significant differences were found among the physicians' knowledge levels based on title, specialty, institution of practice, ability to recognize and distinguish abuse and neglect cases, personal history of abuse/neglect in childhood, and encountering physical abuse cases.

In conclusion, it is observed that physicians have insufficient knowledge and awareness in some areas related to child abuse and neglect, and they face challenges in managing the process in encountered cases. Training provided both before and after graduation should aim to keep physicians' knowledge and awareness at the highest level.

Keywords: Child abuse, Child neglect, Knowledge and awareness level, Attitude.

KAYNAKLAR

1. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2006;15(9):153-7

2. Oral R, Yavuz Ş, Can D, Kutlugün A, Genç I. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde çocuk istismarı sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997;22(2):137-44.

3. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi 2007;34(1):70-4.

4. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi 2001;151(5):27-54.

5. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA 1962;181(1):17-24.

6. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1(2):95-119.

7. Sözleşme BMÇHD. UNICEF Türkiye Temsilciliği. Ankara; 1995.

8. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The Lancet 2002;360(9339):1083-8.

9. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. Van Tıp Dergisi 2010;17(3):108-13.

10. US Department of Health and Human Services. Administration on children youth and families. Child maltreatment 2006;998.

11. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):51-65.

12. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi 2012;26(2):86-96.

13. Aral N. Fiziksel istismar ve çocuk. Çınar Z (Editör). Ankara: Tekışık Veb Ofset Tesisleri; 1997. s3-5

14. Çakıcı M. Çocuk istismarının madde kullanımına etkisi: Marmara Universitesi (Turkey); 2002.

15. Hizmetler BS, Kurumu ÇE. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Ulusal ilk rapor. Ankara, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. 1999;19.

16. UNICEF, Sözleşmesi ÇH. Türkiye Milli Komitesi. Ankara, UNİCEF. 1996.

17. Polat H. Türk Hukukunda çocukların cazai sorumluluğu ve yargılanmalarındaki özellikler üzerine bir inceleme. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2010(90):64-101.

18. Polat O. Çocuk ve şiddet. İstanbul: Der Yayınevi; 2001. s.38-76.

19. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. İstanbul: Seçkin Yayıncılık; 2007. s.181-87.

20. Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA, van Rijn RR. Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. European Journal of Pediatrics 2012;171:877-85.

21. Lynch MA. Child abuse before Kempe: An historical literature review. Child Abuse & Neglect 1985;9(1):7-15.

22. Sicher P, Lewis O, Sargent J, Chaffin M, Friedrich WN, Cunningham N, et al. Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2000;39(5):660-7.

23. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse & Neglect 1988;12(1):3-23.

24. Deleş B. Sarsılmış Bebek Sendromu. Izmir Democracy University Health Sciences Journal. 2018;1(3):1-13.

25. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;9(1):49-62.

26. Polat O. Çocuk hakları nedir. İstanbul: Analiz Yayınları; 2002. s.5-39.

27. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.

28. Yolcuoğlu İG. Türkiye'de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2009;18(18):43-58.

29. Akyüz E. Çocuk hukukunun gelişimi ve çocuk koruma sisteminin değerlendirilmesi, I. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi, Yetişkin Bildirileri Kitabı-2 Çocuk Vakfı Yayınları, İstanbul. 2011;17:42.

30. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. Pediatrics in Review 2002;23(6):191-6.

31. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Akkan A, Ferhat İ. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013;22(4):591-614.

32. UNICEF. Şiddet ile disiplin, cinsel istismar ve cinayetler tum dunyada milyonlarca cocuğun peşini bırakmıyor,Basın Bulteni. [Internet] 2022 [Available from: https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/unicef-%C5%9Fiddet-iledisiplin-cinsel-istismar-ve-cinayetler-t%C3%BCm-d%C3%BCnyada-milyonlarca.

33. Dereobalı N, Karadağ SÇ, Sönmez S. Okulöncesi eğitim öğretmenlerinin çocuk istismari ihmali şiddet ve eğitimcilerin rolü konusundaki görüşleri. Ege Eğitim Dergisi 2013;14(1):50-66.

34. Solís-García G, Marañón R, Muñoz MM, de Lucas Volle S, García-Morín M, García AR. Child abuse in the emergency department: epidemiology, management, and follow-up. Anales De Pediatría (English Edition) 2019;91(1):37-41.

35. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. Clinical psychology review 2009;29(4):328-38.

36. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. Child Abuse Review 2015;24(1):37-50.

37. UNICEF. Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet raporu. TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Ankara. 2010.

38. Simsek E, Guney SA, Baysal SU. A retrospective study with ICAST-R (ispcan child abuse screening tools-retrospective) questionnaire for determination of child abuse in first year medical students in Turkish population. Child Abuse & Neglect 2017;69:125-33.

39. Orhan G. Çocuk koruma sistemi içerisinde jandarmanın işlevi ve mağdur çocuğa yaklaşım. Güvenlik Bilimleri Dergisi 2021;10(3):53-76.

40. Derebağçe GE, Özerk H. Türkiye'de 1995-2020 yılları arasında çocuk istismarını önleme programlarına ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların incelenmesi ve değerlendirilmesi. Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi 2021;4(7):651-70.

41. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1999;38(10):1214-22.

42. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. American Family Physician. 2000;61(10):3057-64.

43. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47(2):140-51.

44. Kuğuoğlu S. Çocuk istismarı ve ihmali. Şelimen D (Editör). İstanbul: Acil Bakım; 2004. s.577-99.

45. Pala B, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Child maltreatment: Abuse and neglect. Dicle Medical Journal/Dicle Tip Dergisi. 2011;38(1):70-74.

46. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Archives of Disease in Childhood-Education and Practice 2010;95(6):170-7.

47. Akço S, Aksel Ş, Arman A, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H. Çocuk istismarı ve ihmali uygulama kitabı. İstanbul: Türk Adli Tıp Kurumu-Unicef. 2004. s.13-17.

48. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. Br Med J 1971;2(5759):430-1.

49. Şahin F, Taşar MA. Shaken baby syndrome and prevention programs. Türk Pediatri Arşivi 2012;47(3):152-8.

50. American Academia of Pediatrics-Committee of Child Abuse And Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. Pediatrics 2001;108(1):206-10.

51. Beyaztaş FY, Özen B, Bütün C. Fiziksel çocuk istismarının incelenmesi [The evaluation of the physical child abuse]. Medicine Science 2014;3(2):1315-31.

52. Yağmur F, Asil H, Per H, Coşkun A, Aslan D. Sarsılmış bebek sendromu ve 3 olgu sunumu. Adli Tıp Dergisi 2010;24(1):42-9.

53. Hancı İH, Eşiyok B. Munchausen by Proxy sendromu: vekaleten hastalık. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000;9:1-4.

54. Tolga İ, Yurdakök K. Munchausen by proxy sendromu; ağır bir çocuk istismarı formu. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2014;8(3):165-70.

55. Tiryaki AY, Baran G. Bir çocuk istismarı türü olarak "Munchausen by Proxy Sendromu". Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(1):107-24.

56. Duyan ÇA, Yalın A, Gökler B, Çolak B, Ulukol B, Dedeoğlu C, et al. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Gülpınar MA (Editör). Ankara: Yorum Matbaa; 2011. s.8-10.

57. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse & Neglect 2002;26(6-7):697-714.

58. Hamarman S, Pope KH, Czaja SJ. Emotional abuse in children: variations in legal definitions and rates across the United States. Child Maltreatment 2002;7(4):303-11.

59. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Acta Medica 2004;35(2):82-6.

60. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı (2. Cilt). Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2015. s.77-80.

61. Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM. Child abuse and neglect: a clinician's handbook: elsevier health sciences; 1999. s.254.

62. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E, et al. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12(1):55-61.

63. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child and Adolescent Psychiatric Clinics 2014;23(2):321-37.

64. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. Child Abuse & Neglect 2003;27(5):525-40.

65. Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2000;34(1):85-91.

66. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi 2011;15(4).

67. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. Deutsches Arzteblatt International 2010;107(13):231.

68. Aydin B, Akbas S, Turla A, Dundar C, Yuce M, Karabekiroglu K. Child sexual abuse in Turkey: an analysis of 1002 cases. Journal of Forensic Sciences 2015;60(1):61-5.

69. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997;36(10):37S-56S.

70. McCourt J, Peel JC, O'carroll P. The effects of child sexual abuse on the protecting parent (s): identifying a counselling response for secondary victims. Counselling Psychology Quarterly 1998;11(3):283-99.

71. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15(2):194-201.

72. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013.

73. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2003;42(3):269-78.

74. Şahin F, Taşar MA. Cinsel istismar ve ensest. Türk Pediatri Arşivi 2012;47(3):159-64.

75. Polat O. Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı. İstanbul:Cumhuriyet ve Çocuk; 1999. s.517-33.

76. Wyatt GE. The relationship between child sexual abuse and adolescent sexual functioning in Afro-American and white American women. Annals of the New York Academy of Sciences 1988;528(3):111-22.

77. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(3):128-34.

78. Runyan D. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Report on Violence and Health. 2002.

79. Munkel W. Neglect and abandonment. Child Maltreatment. Brodeur AE (Eds). GW medical Publishing St Louis 1994:241-58.

80. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. Canadian Family Physician 2013;59(8):831-6.

81. Şahin F. Çocuk ihmali: tanı ve tedavide hekimler için ipuçları. Klinik Pediatri 2002;1(3):103-6.

82. Şarbat G, Demirkol M. Ben Hasta Değilim. Ekşi A (Editör). Ankara:Nobel Tıp Kitapevleri; 1999. s.441-50.

83. Yüksel H, Yüksel M. Çocuk ihmali ve istismarı bağlamında Türkiye'de çocuk gelinler gerçeği. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;5(2):1-24.

84. Hancı İH. İnsanlarda kimlik tespiti. Hancı İH (Editör). Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2002. s.499-506.

85. Aral N. Ailenin güçlenmesinde aile bireylerinin sorumlulukları. Ankara Aile Araştırma Kurumu, Egitim. 1991;3:39.

86. Dağlı T, İnanıcı M. Üniversiteler için hastane temelli çocuk koruma merkezleri el kitabı. Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık; 2010. s.33-4.

87. Reece R. Background considerations in child maltreatment. Child Maltreatment Mosby 1997;666:916.

88. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona child fatality review program experience. Pediatrics 2002;110(1):e11-e.

89. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics 2007;119(6):1232-41.

90. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emergency Medicine Clinics of North America 1999;17(3):575-93.

91. Tekin HH. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2020;29(2):85-94.

92. Aile ve sosyal politikalar bakanlığı çocuk hizmetleri genel müdürlüğü. Cinsel istismar mağduru çocuklarla ilgili adli süreç, çocuk bakım kuruluşlarında çalışan personele yönelik istismar ile mücadele rehber kitapçığı. 2021. s.17.

93. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998.

94. Şanyüz Ö. Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2009.

95. Kanat M. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Konusundaki Farkındalıkları: Tespitler ve öneriler (tez). İstanbul: İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

96. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi 2014;49(1):57-65.

97. Erol D. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi (TEZ). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2018.

98. Çetin E, Koç EM, Aksoy H. İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2021;30(1):9-17.

99. Sarıyar A. Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk Istismarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları (tez). Van: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

100. Yılmaz B, Çalışkan D. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu 2015;4(2):78-89.

101. Türker G. Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

102. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhtimaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

103. Yükseler A. Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.

104. Solak Y. Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

105. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. Journal of Advanced Nursing 2006;56(3):227-36.

106. Shor R. Pediatricians in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. Child Abuse & Neglect 1998;22(2):143-53.

107. Borres MP, Hägg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. Pediatrics International 2007;49(2):177-82.

108. Kaptan D. Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri (tez). Trabzon: Karadeniz Teknik Ünversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

109. 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 & Neglect 2003;27(10):1161-78.

110. Kamiloğlu M. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

111. Cirit C. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

112. Çatık AE, Olcay Ç. Hemşire ve ebelerin çocuk istismari ve ihmalinin belirti ve risklerini tanima düzeylerinin saptanmasi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2006;22(2):103-19.

113. Çüçen SK. Kadın Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörler (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi; 2021.

114. Bilgiç H. Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

115. Bahadır V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi ile Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi (tez). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

116. Yaman S. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.

117. Starling SP, Heisler KW, Paulson JF, Youmans E. Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. Pediatrics 2009;123(4):e595-e602.

118. Ward MG, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. Child Abuse & Neglect 2004;28(10):1113-22.

119. Kabakoğlu H. Aile Sağlığı Merkezinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez): Hatay: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

120. Altiok B. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

121. Tugay D. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

122. Can İÖ, Direk N, Özdemir MH. Adli olgu bildirimiyle ilgili ikilemlerde hekimlerin tutumları. Adli Tıp Bülteni 2018;23(1):1-5.

123. Yıldırım Ş. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi ve Risk Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Karabük: Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/328	
	PROTOKOL ADI	Edirne Merkez İlçede Görev Yapan ve Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarıyla Karşılaşma Olasılığı Bulunan Hekimlerin Konuyla İlgili Bilgi ve Tutumları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:18/05**		**Tarih:19.09.2022**
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Kaan DEMİRBAŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E (H)	(E) H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E (H)	(E) H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

T.C. Nurgül ARDA Fakülte Sekreteri V.

ASLI GİBİDİR

Ek-2

Evrak Tarih Sayısı: 15.12.2022-372649

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-20542446-045.99-372649 15.12.2022
Konu : Diğer

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 14.12.2022 tarihli ve 045.99-E.372129 sayılı yazı

Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Galip EKUKLU' nun "EDİRNE MERKEZ İLÇEDE GÖREV YAPAN VE ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ VAKALARIYLA KARŞILAŞMA OLASILIĞI BULUNAN HEKİMLERİN KONUYLA İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI" isimli çalışmasını Anabilim Dalımızda uygulaması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Betül Ayşe ACUNAŞ
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS5NM3MZ6H Pin Kodu :35772 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon : 2842357653 Faks : 2842357652
e-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Web:http://cocuksh.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Merve TEPE
Unvanı : Sekreter

Evrak Tarih Sayısı: 15.12.2022-372605

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-69525300-045.99-372605 15.12.2022
Konu : Diğer

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 14.12.2022 tarihli ve 045.99-E.372129 sayılı yazı

Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Galip EKUKLU'nun "EDİRNE MERKEZ İLÇEDE GÖREV YAPAN VE ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ VAKALARIYLA KARŞILAŞMA OLASILIĞI BULUNAN HEKİMLERİN KONUYLA İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI" isimli çalışmasının Anabilimdalımızda uygulanması konusunda görüşümüz olumludur. Arz ederim

Prof. Dr. Mustafa Burak SAYHAN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS5NM3A1K6 Pin Kodu :02442 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon : 2842357653 Faks : 2842357652
e-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Web:http://tipfak.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr
Bilgi için : Aslı SEVER
Unvanı : Sekreter

Evrak Tarih Sayısı: 19.12.2022-374174

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-48608646-100-374174 19.12.2022
Konu : Galip EKUKLU'nun Anabilim dalımızda çalışmasını uygulayabileceği hk

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 14.12.2022 tarih ve 372129 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla bildirildiği üzere; Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Galip EKUKLU' nun "EDİRNE MERKEZ İLÇEDE GÖREV YAPAN VE ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ VAKALARIYLA KARŞILAŞMA OLASILIĞI BULUNAN HEKİMLERİN KONUYLA İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI" isimli çalışmasının Anabilim Dalımızda uygulanması tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSUNMZCPP6 Pin Kodu :92092 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon : 2842357641 Faks : 2842357652
e-Posta:ailehekimligi@trakya.edu.tr Web:http://aile.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Şule AYRANCI
Unvanı : Sekreter

Ek-3

EDİRNE SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKAN YARDIMCISI
EDİRNE KAMU SAĞLIK TESİSLERİ BİRİMİ
3.02.2023 15:15:34 E-98308410-806.01.03-208615309
208615309

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-98308410-806.01.03-208615309 03.02.2023
Konu : Dilekçe Hk.

Sayın Kaan DEMİRBAŞ
(Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

İlgi : 10.01.2023 tarihli ve Bila sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı dilekçeniz ile gönderilen, *Edirne Merkez İlçede Görev Yapan ve Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarıyla Karşılaşma Olasılığı Bulunan Hekimlerin Konuyla İlgili Bilgi ve Tutumları* konulu araştırma dosyanız incelenmiştir. Araştırmanın yapılacağı Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi'nden bir yetkilinin onayı ve araştırma başvuru belgelerinin tam olduğu görülmüştür. Dosya içeriğinden anlaşıldığı üzere, araştırmanın Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi'nde çocuk istismarı ve ihmali vakalarıyla karşılaşma olasılığı bulunan Acil Servis, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları birimlerinde görev yapan hekimlere yönelik anket formu doldurularak gerçekleştirileceğinden; gönüllü katılım esasına dayalı olarak, hasta mahremiyetine özen gösterilerek ve Kişisel Verilerin Kullanımı Kanununa uygun şekilde, onam formu alınmak suretiyle, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Ali Fatih SELVİ
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: CB72E284-092A-4332-836E-7FD9C0E0D14C Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Sarıcapaşa Mahallesi Sarıcapaşa Cami Sokak – EDİRNE/Merkez 22000
Telefon No: 02842149010
e-Posta: edirne@saglik.gov.tr İnternet Adresi: https://edirneism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: edirneilsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Gülay GİRGİN
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 02842149010

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2023/03

Karar: 2023/03

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 13/02/2023 tarih saat 10:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Galip EKUKLU'un danışmanlığını üstlendiği, Araştırma Görevlisi Dr.Kaan DEMİRBAŞ'ın uzmanlık tez çalışması olan''**Edirne Merkez İlçede görev Yapan ve Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarıyla Karşılaşma Olasılığı Bulunan Hekimlerin Konuyla İlgili Bilgi ve Tutumları** '' konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

[redacted]

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Halk [redacted] cısı V.

Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Uzm. Dr. Esi[redacted]

Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

[redacted]

Ek-4

1.Bölüm: Sosyodemografik Bilgi Formu

Değerli katılımcı;
" Edirne Merkez İlçede Görev Yapan ve Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarıyla Karşılaşma Olasılığı Bulunan Hekimlerin Konuyla İlgili Bilgi ve Tutumları " adlı araştırma hekimlerin konu ile ilgili farkındalıklarını ve konuya yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Ankette kimliğinizi açığa çıkaracak sorular bulunmamaktadır. Toplum sağlığı için önemli bir sorun olan bu konudaki katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Dr. Kaan DEMİRBAŞ
Halk Sağlığı A.B.D.

1) Yaşınız …
2) Cinsiyetiniz
a) Kadın
b) Erkek
3) Medeni haliniz
a) Evli
b) Bekar
4) Ünvanınız
1. Pratisyen hekim
2. Asistan hekim
3. Uzman hekim
4. Diğer
5) Branşınız …
6) Görev yaptığınız kurum
a) Sağlık Bakanlığı Hastanesi (Devlet Hastanesi)
b) Üniversite Hastanesi
c) 1.Basamak Sağlık Kuruluşu (ASM, TSM)
d) Diğer
7) Kaç yıldır görev yapmaktasınız?
a) ≤1 yıl c) 5-10 yıl
b) 1-5 yıl d) 10 yıldan fazla
8) Çocuğunuz var mı?
a) Evet
b) Hayır
9) Çocuğunuzun/çocuklarınızın cinsiyeti nedir?
a) 1. Çocuk kız/erkek
b) 2. Çocuk kız/erkek
c) 3. Çocuk kız/erkek
d) 4. Çocuk kız/erkek
10) Çocuğunuzun/çocuklarınızın yaşı nedir?
a) 1. Çocuk 0-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş, 15 yaş ve üstü
b) 2. Çocuk 0-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş, 15 yaş ve üstü
c) 3. Çocuk 0-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş, 15 yaş ve üstü
d) 4. Çocuk 0-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş, 15 yaş ve üstü
11) İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim aldınız mı?

a) Evet
b) Hayır

12) Cevabınız evet ise verilen eğitim sizin için yeterli miydi?

a) Evet
b) Hayır

13) İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyeniz nedir?

a) Çok iyi
b) İyi
c) Orta
d) Kötü
e) Çok kötü

14) İstismar ile ihmal ayrımını yapabilir misiniz?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

15) Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamalar istismar kabul edilir mi?

a) Evet, istismardır.
b) Hayır, istismar değildir.

16) Aşağıdakilerden hangisi bir istismar tanımı değildir?

a) Çocuğun ebeveynleri ya da bakmakla yükümlü kimselerin kasıtlı eylemleri sonucunda fiziki zarar görmesi ya da buna müsaade edilmesi.
b) Çocuğa bağırmak, ağır cezalar vererek psikolojik açıdan zarar vermek, çocuğu küçümsemek, aşağılamak.
c) Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılamaması sonucu çocuğun gelişiminin olumsuz etkilenmesi.
d) Çocuğun cinsel bir obje olarak kullanılması veya kullanılmasına göz yumulması.

17) Çocukken istismara ya da ihmale uğradınız mı?

a) Evet
b) Hayır

18) Ailenizde istismar/ihmal öyküsü mevcut mu?

a) Evet
b) Hayır

19) Meslek hayatınızda istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?

a) Evet
b) Hayır

20) Cevabınız evet ise hangi tip istismar ile karşılaştınız?

a) Fiziksel istismar
b) Cinsel istismar
c) Duygusal istismar
d) Ekonomik istismar
e) İhmal

21) Görev alanında karşılaştığınız vakalarda sizi zorlayan kısım hangisi oldu?

a) Öykü alma
b) Fizik muayene
c) Tanı koyma
d) Kayıt
e) İlgili kurumlara rapor etme / Yasal süreç
f) Ebeveynlerin tepkisi

22) Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

a) Evet
b) Hayır

23) Cevabınız evet ise nasıl bildirim yaparsınız?

a) Polis çağırırım.
b) Adli rapor yazarım.
c) Cumhuriyet Savcılığına bildiririm.
d) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı ararım.
e) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna (SHÇEK) bildiririm.
f) Diğer

24) Cevabınız hayır ise bildirim yapmama nedeniniz nedir?

a) Konuya ait yeterli kanıt olmaması
b) Tanı koyma konusunda yeterli olmadığımı düşünmem
c) Çocuğu daha kötü bir duruma düşürmekten korkmam
d) Ailenin nasıl bir tepki vereceğini bilememem
e) Bildirim yapmam durumunda zarar görebileceğim endişesi
f) Yasal süreç hakkında yeterli bilgiye sahip olmamam
g) Sosyal hizmetlerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi
h) Sorunu kendim daha iyi çözebileceğime inanmam
i) Şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı fikri
j) Konu ile uğraşmak istememem
k) Diğer

25) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın istismar bildirimi yapılabilen çağrı merkezi numarası kaçtır?

a) ALO 156
b) ALO 171
c) ALO 183
d) ALO 155

26) Kurumunuzda çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında uygulanan bir prosedür mevcut mu?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

27) Bu prosedür düzgün bir şekilde işliyor mu?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

28) TCK Madde 279'a göre çocuk cinsel istismarı ve ihmali belirtileri gözlemleyip durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren hekim ve sağlık çalışanlarının altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabileceğini biliyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır

29) Çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedef sizce ne olmalıdır?

a) Çocukların eğitimi
b) Ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi
c) Yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesi
d) Daha caydırıcı cezaların verilmesi

30) Bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?

a) Evet
b) Hayır

31) Sizce çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan ve/veya tanısı alan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmalı mı?

a) Evet
b) Hayır

Konu ile ilgili düşünce ve önerileriniz.....

Ek-5

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk),ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3.	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4.	Ağız içinde özellikle üst dudak içyüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7.	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8.	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9.	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.	İntrakranial (kafa-içi) ventraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21.	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.					
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işareti değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41.	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
42.	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44.	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması Çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.					
45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.					
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.					
48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49.	Ebeynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.					
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54.	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55.	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					

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