T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KADIN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Saliha KILIÇ ÇÜÇEN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KADIN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Saliha KILIÇ ÇÜÇEN

Doç. Dr. Emine Zeynep TUZCULAR VURAL

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/20

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösterici olan, ilgili, anlayışlı ve hoşgörülü tavırlarıyla asistanlık sürecimi güzelleştiren, etik değerlere bağlılığı ile her daim kendisini örnek aldığım, tez danışmanım olarak desteğini esirgemeyen, saygıdeğer hocam Doç. Dr. Emine Zeynep Tuzcular Vural'a;

Bilgi ve tecrübeleri ile daima bana destek olan kıymetli hocam, klinik şefimiz Doç. Dr. Memet Taşkın Egici'ye, değerli hocalarım Doç. Dr. Akın Dayan'a, Uzm. Dr. Işık Gönenç'e, Dr. Öğr. Üyesi Hilal Özkaya'ya ve sevgili uzmanımız Uzm. Dr. Özge Doğan'a;

Asistanlık dönemim süresince iyi kötü zamanlarımı beraber geçirdiğim bütün asistan arkadaşlarıma;

Rotasyonlarımda bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarımıza, uzmanlarımıza ve asistan arkadaşlarımıza;

Onlara sahip olduğum için kendimi dünyanın en şanslı insanı saydığım, beni sevgiyle büyüten, sevincimi de üzüntümü de paylaştığım, her daim dert ortağım, düştüğümde elimden tutup kaldıranım, her daim arkamda desteklerini hissettiğim, bugünlere gelmem için çok büyük emek harcayan ve yalnızca üç yıllık asistanlık sürecimde değil, yirmi sekiz yıllık hayatımın her anında hep yanımda olan kıymetlilerim, canım annem ve babama, ona sahip olduğum için kendimi hep şanslı hissettiğim canım kardeşime;

Tanıştığımız günden beri beni her konuda destekleyen, sevgisiyle, hoşgörüsüyle her daim yanımda olan, arkadaşım, sevgilim, canım eşim Mert Can Çüçen'e;

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Saliha KILIÇ ÇÜÇEN

İstanbul, Haziran 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
SİMGELER VE KISALTMALAR.....iii
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ iv
ÖZET ix
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Çocuk Kavramı 3
2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Tarihçesi 3
2.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tipleri 5
2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri 29
2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi 33
2.6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hekimlerin Rolü 35
2.7. Çocuk Hakları ve Çocuk İstismar ve İhmalinin Hukuki Boyutu 37
3. GEREÇ VE YÖNTEM 41
4. BULGULAR 46
5. TARTIŞMA 98
6. SONUÇ 120
7. KAYNAKLAR 124
8. ÖZGEÇMİŞ 133
9. EKLER 134

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali

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

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

ÇİKORED: Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MR: Manyetik Rezonans

SBS: Sarsılmış (Silkelenmiş) Bebek Sendromu

MbPS: Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

ÇCİ: Çocuk Cinsel İstismarı

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Baskı

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

TCK: Türk Ceza Kanunu

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLO 4.1. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi.....46
TABLO 4.2. Hekimlerin çocukları ile ilgili bilgilerin dağılımı……...48
TABLO 4.3. Hekimlerin 1.çocuk, 2.çocuk ve 3.çocukları ile ilgili cinsiyet ve yaş bilgilerinin dağılımı…….……48
TABLO 4.4. Hekimlerin Çİİ Hakkında Eğitim Alma ve Yeterlilik Durumları ile İlgili Değerlendirilmesi……49
TABLO 4.5. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Öz Geçmiş ve Soy Geçmişlerinde Çİİ Öyküsü Varlığı Açısından Değerlendirilmesi……50
TABLO 4.6. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslek Yaşamlarında Çİİ ile Karşılaşma Durumları, Karşılaşılan İstismar Türleri ve "Görev alanında karşılaşılan vakalarda hangi aşamalarda zorlanıldığı" Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımları……..51
TABLO 4.7. Yaş Gruplarına, Medeni Duruma, Unvana, Branşa, Görev Süresine, Çocuk Varlığına ve İstismar ve İhmal ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Meslek Hayatında İstismar/İhmal Vakası veya Şüphesi ile Karşılaşma Durumunun Değerlendirilmesi……53
TABLO 4.8. Yaş Gruplarına, Medeni Duruma, Unvana, Branşa, Görev Süresine, Çocuk Varlığına ve İstismar ve İhmal ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Görev Alanında Karşılaşılan Vakalarda Zorlayan Kısımların Değerlendirilmesi……..54
TABLO 4.9. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ ile Karşılaşmaları Halinde Bildirimde Bulunma Dağılımları ve Çalıştıkları Kurumda Olası Çocuk İstismarı Durumunda Uygulanması Gereken Standart Prosedürler Konusundaki Farkındalıkları…….56
TABLO 4.10. Çocuk İstismarı Olgusu veya Şüphesi ile Karşılaşmaları Halinde Bildirim Şekillerinin Dağılımı…….57

TABLO 4.11. Yaş Gruplarına, Medeni Duruma, Unvanlara, Branşa, Görev Süresine, Çocuk Varlığına ve İstismar ve İhmal ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Çocuk İstismarı/İhmali Olgusu veya Şüphesi ile Karşılaşıldığında Bildirim Yapma Durumunun Değerlendirilmesi……58
TABLO 4.12. Çİİ ile Karşılaşma Durumunda Bildirim Yapmayacağını Belirten Hekimlerin Bildirim Yapmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi……59
TABLO 4.13. Katılımcıların Suç Unsuru Taşıyan Çİİ Olgusu ile Karşılaşmaları Durumunda Sahip Oldukları Yasal Bildirim Sorumluluğu Hakkındaki Farkındalık Durumları……60
TABLO 4.14. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesindeki Öncelikli Hedefler Konusundaki Görüşleri……..60
TABLO 4.15. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi Almayı İsteme Durumları……...60
TABLO 4.16. Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı……..61
TABLO 4.17. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlar……63
TABLO 4.18. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması…….….65
TABLO 4.19. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması…….…….65
TABLO 4.20. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Unvanlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..…66
TABLO 4.21. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..67
TABLO 4.22. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Yerlerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……67
TABLO 4.23. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Sürelerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……69
TABLO 4.24. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların

Karşılaştırılması……..…70
TABLO 4.25. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..71
TABLO 4.26. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuklarının Cinsiyetlerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..71
TABLO 4.27. Çalışmaya Katılan Hekimlerin En Büyük Çocuklarının Yaşlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..72
TABLO 4.28. Çalışmaya Katılan Hekimlerin En Küçük Çocuklarının Yaşlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..……73
TABLO 4.29. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Mezuniyet Öncesi ve/veya Sonrasında Çİİ Eğitimi Alma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Ölçek Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları puanların karşılaştırılması……75
TABLO 4.30. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Çİİ Eğitiminin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……...76
TABLO 4.31. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İstismar/İhmal Vakasını Tanıma Konusundaki Yeterlilik Seviyelerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……78
TABLO 4.32. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İstismar ile İhmal Ayrımını Yapabilme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..……79
TABLO 4.33. Çalışmaya Katılan Hekimler Tarafından Çocuğun Yanlış Olduğu Düşünülen Bir Davranışını Düzeltmek, Doğruyu Gösterebilmek İçin Çocuğa Bağırmak, Hafifçe Vurmak vb. Uygulamaların İstismar Olarak Kabul Edilme Durumuna Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..81
TABLO 4.34. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocukluğunda Çİİ'ye Maruz Kalma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların

Karşılaştırılması……..82
TABLO 4.35. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Aile Öyküsünde Çİİ Varlığına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması
TABLO 4.36. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslek Hayatlarında Çİİ ile Karşılaşma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..83
TABLO 4.37. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Fiziksel İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi…….84
TABLO 4.38. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsel İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi……85
TABLO 4.39. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Duygusal İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi…….86
TABLO 4.40. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Ekonomik İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi…….87
TABLO 4.41. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İhmal ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi……..88
TABLO 4.42. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ Olgusu ile Karşılaşma Durumunda Zorlandıkları Aşamaya Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..88
TABLO 4.43. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ Olgusu veya Şüphesi ile Karşılaşmaları Halinde Bildirimde Bulunma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..90
TABLO 4.44. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Yaptıkları Kurumlarda Çİİ'ye Yönelik Prosedür Varlığına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması ……..91
TABLO 4.45. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Yaptıkları Kurumlarda Bulunan Çİİ Prosedürlerinin Düzgün İşleyip İşlememe Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..91
TABLO 4.46. Çalışmaya Katılan Hekimlerin TCK'ya Göre, Çocuk Cinsel İstismarı ve İhmali 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 Puanların Karşılaştırılması……...92
TABLO 4.47. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk İstismarı/İhmalini Önlemede Öncelikli Hedefin Ne Olduğu ile İlgili Görüşlerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması…….93

TABLO 4.48. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ Hakkında Daha Fazla Bilgi Sahibi Olmak İsteme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……...94
TABLO 4.49. Ölçek Alt Boyutlarının Kendi Arasındaki Korelasyonunun Değerlendirilmesi……97

ÖZET

Amaç: Çocuk istismarı ve ihmali; günümüzde, dünya üzerinde çok yaygın bir şekilde karşılaşılan, tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan, çocukların fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz olarak etkileyen aynı zamanda aile ve toplum açısından da ciddi sonuçlar doğuran önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma, istismar ve ihmalin tanınması, bildirilmesi ve önlenmesinde önemli bir konumda bulunan kadın hekimlerin konu hakkındaki bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik faktörleri belirlemek ve bu konudaki farkındalıklarının artırılmasına yardımcı olmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, internette 22.000'den fazla üyesi bulunan Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) Grubu üyeleri ile 1 Mart 2020 – 1 Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 381 kadın hekim katılmıştır. Hekimlere, toplam 96 sorudan oluşan iki bölümlük bir anket formu uygulanmıştır. Anketin ilk bölümü 29 soruluk Sosyodemografik Bilgi Formu, ikinci bölümü ise 67 sorudan oluşan Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formundan oluşmaktadır. Veri toplama bölümünün ilk bölümünde, hekimlerin demografik özellikleri, çocuk istismarı ve ihmali konusundaki görüş ve yaklaşımlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise; Aynur Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olan, toplam 67 madde ve 6 alt boyuttan oluşan Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya, 219'u (%57,5) asistan, 111'i (%29,1) uzman, 45'i (%11,8) pratisyen, 6'sı (%1,6) öğretim üyesi olmak üzere 381 kadın hekim katılmıştır. Çalışmaya katılan 202 (%53) hekim tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almış ve bu hekimlerin yalnızca 66'sı (%32,7) verilen eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin 264'ü (%69,3) meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakası ile karşılaşmış, istismar ve/veya ihmal vakası ile karşılaşan hekimlerin 186'ü (%70,5) fiziksel istismar, 136'ü (%51,5) duygusal istismar, 133'si (%50,4) cinsel istismar, 56'i (%21,2) ekonomik istismar ve

163'si (%61,7) ihmal vakası ile karşılaştığını ifade etmiştir. İstismar-ihmal vakalarında katılımcılara en çok zorlandıkları konunun ne olduğu sorulduğunda, hekimlerin 99'u (%33,8) ilgili kurumlara rapor etmenin, 83'ü (%28,3) öykü almanın, 59'u (%20,1) ebeveynlerin tepkisinin, 25'i (%8,5) fizik muayenenin, 22'si (%7,5) tanı koymanın, 5'i (%1,7) kayıt tutmanın en zorlandıkları konu olduğunu ifade etmiştir. 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 cezalandırılabileceklerini bilip bilmedikleri sorulduğunda katılımcıların 208'i (%54,6) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 364'ü (%95,5) istismar-ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını söylemiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin yalnızca 113'ü (%29,7) çalıştıkları kurumda Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek prosedürün olduğunu belirtmiş ve hekimlerin 71'i (%62,8) bu prosedürün düzgün işlediğini ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) genelinden aldıkları puan ortalaması 4,13±0,3 olarak hesaplanmış ve yeterli olduğu görülmüştür (min 3,13-maks 4,72). Genel ölçek ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde yaş grupları, görev süreleri, istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Kadın hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalini tanıma ve farkındalık düzeyleri, çalışmamızın bulgularına göre yeterli bulunmuştur. Bununla beraber hekimler bir istismar veya ihmal vakası ile karşılaştığında süreci yönetmekte zorlanmakta, özellikle yasal prosedür konusunda kendilerini yetersiz hissetmektedir. Tıp fakültesinde ve mezuniyet sonrası dönemde, belirli periyotlarda, hekimlerin Çİİ konusundaki bilgi düzeylerini yükseltmeye yönelik, sistematik ve sürekli eğitim programları planlanmalıdır. Hekimlerin, Çİİ'ye yönelik uygulanması gereken yasal prosedür, bu konuda hizmet veren kuruluşlar ve bunlarla nasıl iletişim kurulması gerektiği hakkındaki bilgi düzeyi yetersiz görünmektedir. Bu nedenle bütün sağlık kuruluşlarında Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanacak bir prosedür düzenlenmeli ve hizmet içi eğitimlerle personele bu konuda bilgi verilmelidir. Hekimler başta olmak üzere bütün sağlık çalışanları, istismar veya ihmal ile karşılaşma durumunda sahip oldukları yasal sorumlulukları hakkında bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın hekim, Çocuk istismarı, Çocuk ihmali, Bilgi düzeyi, Etkileyen faktörler.

KNOWLEDGE LEVEL OF FEMALE PHYSICIANS ABOUT CHILD ABUSE AND NEGLECT AND ITS AFFECTING FACTORS

ABSTRACT

Aim: Child abuse and neglect are significant and global public health problems which negatively affect the physical and psychosocial development of children, have medical, legal, and social aspects and also severe consequences for the family and society. This study was conducted to evaluate the knowledge levels and attitudes of female physicians who have an important role in recognizing, reporting, and the prevention of abuse and neglect, to identify sociodemographic factors affecting them, and to help raise their awareness.

Materials and Methods: The research was conducted between March-April 1, 2020, with the group members of the Female Physicians Education Support Foundation (KAHEV), which has more than 22.000 members on the internet. 381 female physicians, who participated in the study filled in a two-part survey form consisting of a total of 96 questions. The first part of the survey was a Sociodemographic Information Form consisting of 29 questions for recording demographic information and determining the physicians' opinions and attitudes about child abuse and neglect. The second part was the Identification of Symptom and Risks of Child Abuse and Neglect Scale which was developed by Aynur Uysal in 1998 consisting of 67 questions and 6 sub-sections. We used IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Turkey) for statistical analysis for evaluating the data obtained in the study.

Results: 381 female physicians, of whom 219 (57.5%) were residents, 111 (29.1%) were specialists, 45 (11.8%) were general practitioners, and 6 (1.6%) were academic staff, participated in the study. 202 (53%) physicians who participated in the study had received prior education on child abuse during their undergraduate education in the faculty of medicine or after graduation. Only 66 (32.7%) of these physicians believed this education was adequate. 264 (69.3%) of the physicians had encountered abuse/neglect cases in their professional life. 186 (70.5%) of the physicians, who had encountered abuse and/or neglect cases, affirmed that they had encountered physical

abuse, 136 (51.5%) had encountered emotional abuse, 133 (50.4%) sexual abuse, 56 (21.2%) economic abuse, and 163 (61.7%) neglect. When asked about the most challenging part in abuse-neglect cases, 99 physicians (33.8%) answered “reporting to relevant institutions”, 83 (28.3%) “history taking”, 59 (20.1%) “parents’ reactions”, 25 (8.5%) “physical examination”, 22 (7.5%) “diagnosis”, and 5 (1.7%) “record keeping”. When asked whether they knew that physicians and other health care personnel could be sentenced to imprisonment under the Turkish Criminal Code if they did not report or were late in reporting criminal child abuse-neglect cases, 208 participants (54.6%) stated that they did not know the penalty. 364 participants (95.5%) claimed that they would report abuse-neglect cases or suspicions. Only 113 (29.7%) stated that there was a set procedure related to child abuse-neglect in their institution, and 71 (62.8%) of the physicians affirmed that this procedure worked properly. The average score of the physicians who participated in our study for the Identification of Symptom and Risks of Child Abuse and Neglect Scale was 4,13±0.3 points (min 3.13-max 4.72) and was considered adequate. According to the overall scale and sub-scale scores, there were statistically significant differences between the physicians’ age groups, duty periods, and receiving education on abuse and neglect. ($p<0,05$).

Conclusion: The results of our study demonstrated that female physicians have adequate recognition and awareness about child abuse and neglect. However, physicians find it challenging to manage the process when they encounter abuse or neglect cases, and consider themselves inadequate, especially about the legal procedure. Education programs should be planned, in a systematic, periodic, and continuous manner, during medical education and after graduation, to raise physicians' knowledge about child abuse and neglect. Physicians seem to lack sufficient knowledge about the legal procedure, the organizations providing services in this subject, and how to communicate with these organizations in case of child abuse or neglect. Therefore, it is necessary to prepare set procedures to be followed when child abuse or neglect is encountered in all health institutions and to inform health care personnel with in-service education. All health care personnel, especially physicians, should be informed about their legal responsibilities in case of encountering child abuse or negligence.

Keywords: Female physician, Child abuse, Child neglect, Knowledge Levels, Affecting factors

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk istismarı, yaralanmalara, kalıcı hasarlara hatta çocuk ölümlerine neden olabilen, çocuklarda fiziksel zarar dışında psikososyal hasar da bırakan, tıbbi, hukuki ve toplumsal yönleri olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismar ve ihmalini (Çİİ) çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir erişkin, toplum ya da devlet tarafından farkında olarak veya olmayarak yapılan bütün davranışlar olarak tanımlamıştır (2).

Dünya üzerinde her yıl milyonlarca çocuk ihmal ve istismara uğramaktadır. Bu ihmal ve istismar davranışları çocuklarda ciddi fiziksel, psikososyal, gelişimsel problemlere neden olmaktadır. Çİİ mağduru olan çocuklarda kaygı bozukluğu, travma sonrası stres, davranış problemleri ve intihara eğilim gibi psikolojik sorunlarla sıklıkla karşılaşıldığı ve istismar tanısının atlanması ve uygun tedavinin yapılmaması nedeniyle erişkin dönemde de bu belirtilerin görülebildiği bildirilmektedir (3). Yine bu çocuklarda erişkinlikte depresyon gelişme riski de %50 oranında artmaktadır. Depresyon ve kaygı bozukluğu gelişen bireyler alkol, sigara ve madde bağımlılığı açısından uygunsuz davranışlarda bulunabilmekte ve bu davranışların sonucu olarak uzun vadede cinsel yolla bulaşan hastalıklar, obezite ve farklı sağlık sorunları görülebilmektedir (4).

Çİİ tarihi insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen dünyada bir problem olarak görülüp araştırılmaya başlanması son yüzyılda gerçekleşmiştir. 1962 yılında Kempe ve arkadaşları istismardan ¨Dövülmüş Çocuk Sendromu¨ adı altında bahsetmişlerdir (5). Bu yayın Çİİ açısından dönüm noktası kabul edilir. Sonrasında araştırmalar yapılmaya devam edilmiş, istismar ve ihmal olguları irdelenmeye başlanmıştır. Ülkemizde ise konu hakkındaki çalışmalar çok yakın dönemlere aittir (2).

Verilere baktığımızda dünya üzerinde Çİİ'den etkilenen çocuk sayısı oldukça dikkat çekicidir. 46 ülkenin araştırma sonuçlarına göre 2014 yılında dünya çapında 3,6 milyon çocuk istismar ve ihmal kurbanı olmuştur. Türkiye'de ise 2010 yılında 7-18 yaş aralığında 2.261 çocukla yapılmış UNICEF destekli, bir araştırma olan 'Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması' verilerine göre, dört çocuktan biri istismar ve ihmale maruz kalmıştır (6).

Son yıllarda Çİİ hakkında daha çok çalışma yapılmasına rağmen istismar ve ihmal verileri yeterince güvenilir bulunmamaktadır. İstismar ve ihmal uygulayıcıların daha çok çocuğun anne-babası, bakımından sorumlu başka bir ebeveyn, arkadaşı, akrabası, öğretmeni veya başka bir tanıdığı olması bildirim yapılmasını engelleyebilmektedir. Özellikle cinselliğin tabu olarak görüldüğü toplumlarda cinsel istismar yıllarca gizli kalabilmektedir. Bu vakaların sadece %15'inin kayıtlara geçtiği, gerçek sıklığının ise erkeklerde %5-8, kadınlarda %12-17 olduğu tahmin edilmektedir (7). Çoğu zaman fiziksel belirti bulunmadığından duygusal istismar ve ihmalin tanınması daha da zor olmaktadır.

İstismara ait risk faktörleri tanınamaz ve minör bulgular fark edilemezse çocuğun daha ciddi yaralanmalar ile karşılaşma ihtimali çok yüksektir. Bu çocuklar doğru bir şekilde değerlendirilmeden evlerine gönderildiklerinde %35-50'si ağır travmalara maruz kalmakta, %5-10'u ölmektedir. Hekimlerin istismar ve ihmali tanıması ve adli makamlara bildirmesi çocuklarda morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır (8).

Yapılmış bir çalışmaya göre hekimlerin %78,3'ü Çİİ olgularının değerlendirilmesinde yeterli bilgiye sahip olmadıkları, %68,7'si bildirimi nereye yapacaklarını bilmedikleri için olguları bildirmemişlerdir. Çocuk istismar ve ihmal vakalarının bildirilmesi çocuğun olası zararlardan korunmasını sağlamanın yanı sıra sağlık çalışanları için yasal bir zorunluk teşkil etmektedir (6). Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları Çİİ eğitimleri almalı ve bu eğitimler belirli zamanlarda tekrarlanmalıdır.

Çocuk istismar ve ihmali, toplumun her kesimini ilgilendiren, multidisipliner çalışmayı gerektiren önemli bir sorundur. Bu çalışma, istismar ve ihmalin tanınması, bildirilmesi ve önlenmesinde önemli bir konumda bulunan kadın hekimlerin konu hakkındaki bilgi düzeylerini saptamak ve Çİİ ile karşılaşmaları durumunda yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Kavramı

Çocuk kavramı tarihi süreçte toplumların sosyokültürel değerleri, inanışları, ekonomik durumları ile ilişkili olarak farklı şekillerde tanımlanmıştır (9). Bazı toplumlarda çocuklar minyatür yetişkinler olarak görülmüş, kendilerine özgü özellikleri görmezden gelinmiştir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde ¨Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır¨ denilmektedir (10). Benzer bir tanım da 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda yapılmıştır. Burada çocuk; ¨Daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi¨ olarak tanımlanmıştır (11). Tanımlara bakıldığında 18 yaş sınırı ve reşit olma durumu dikkati çekmektedir. Ancak konu hakkında yapılan yayınlarda çocukluk, gençlik ve ergenlik dönemlerinin net sınırlarla ayrılamadığı görülmektedir (12)

2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Tarihçesi

Çocuk istismarı; ebeveynler, vasi olarak atanmış kişiler, akrabalar, arkadaşlar, öğretmenler, tanıdık veya yabancı olan diğer kişiler tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğu fiziksel, ruhsal, gelişimsel açıdan olumsuz yönde etkileyen tüm davranışlar olarak tanımlanmaktadır. İstismarcı her zaman bir yetişkin değildir, çocuklar da istismarı uygulayan konumunda bulunabilir (2).

Çocuk ihmali ise; onun bakımından sorumlu olan kişilerce beslenme, giyim, barınma, korunma, eğitim, sağlık, sevgi, saygı görme, kendini değerli hissetme, sosyalleşme gibi fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması sonucu çocuğun normal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmıştır (13). İhmal fiziksel, duygusal, tıbbi ihmal gibi alt gruplara ayrılır. Fiziksel ihmal, fiziksel istismardan daha sık görülmesine rağmen ciddi yaralanma, sakatlık veya can kaybı ile sonuçlanmadıkça fark edilmeyebilmektedir. Tanınması daha zor olmakla birlikte ihmal de istismar kadar zarar vermektedir. Bu iki kavramı birbirinden ayıran en önemli özellik ise, ihmalin pasif, istismarın aktif bir durum olmasıdır (14).

Çİİ köken olarak çok eski tarihlere dayanmakla birlikte kavram olarak kullanılması ve konu hakkında çalışmalar yapılması son yüzyıl içerisinde olmuştur. 1700'lü yıllarda bir avukat cezaevinde kalan suçlulardan ne kadarının çocuklara karşı işlediği suç nedeniyle ceza aldığını araştırmıştır. Elde ettiği veriler ilk defa çocuk istismarı kavramından bahsedilmesine neden olmuştur. 1860 yılında Fransız Adli Tıp Profesörü olan Ambres Tardieu, dövülerek öldürülmüş 32 çocuğa yaptığı otopsi sonucunda fiziksel ve cinsel istismardan bahsetmiş ve çocuk istismarının ilk tıbbi tanımını yapmıştır (9). Radyolog Dr. John Caffey 1946 yılında değerlendirdiği 6 çocukta uzun kemik kırıkları ve kronik subdural hematom bulunduğunu tespit etmiş ve ebeveynlerden alınan uyumsuz öykü ile birlikte çocuk istismarından şüphelenmiştir. Caffey elde ettiği veriler ışığında 1972 yılında ¨Sarsılmış Bebek Sendromu¨ tanımını literatüre kazandırmıştır (15). Amerikalı bir çocuk doktoru olan Henry Kempe tarafından 1962 yılında ilk kez ¨Hırpalanmış Çocuk Sendromu¨ tanımlanmış ve ilerleyen dönemde onun yerine çocuk istismarı kavramı kullanılmaya başlanmıştır (16).

Çİİ konusunda kuşkusuz en önemli metin Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)'dir. Türkiye'nin 1990 yılında imzaladığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nde 09.12.1994 tarihinde onaylanan sözleşme, 27.01.1995'te resmi gazetede yayınlanarak uygulamaya geçilmiştir. ÇHS anayasanın 90. maddesi gereğince kanun hükmündedir ve ulusal bir belge olarak kabul edilmektedir. ÇHS' deki 19, 34 ve 39'uncu maddelerde çocuk istismar ve ihmalinden söz edilmektedir (12).

Ülkemizde pek çok dönemde çocuk istismarı konusunda sosyal politikalar düzenlenmiştir. 1983 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kurulmuş ve ailesi tarafından gözetilmesi mümkün olmayan çocukların bakım ve koruma hizmetleri bu kurumlar tarafından karşılanmıştır. SHÇEK, 2011 yılında yayınlanan kanun hükmünde kararname ile kapatılmış, görev ve sorumlulukları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır (17). Gönüllüler tarafından 1988 yılında Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği ve 1991 yılında Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Merkezi (ÇİKORED) kurulmuş olup bunlar Çİİ ile mücadelede önemli bir görev üstlenmiştir. Pek çok üniversite bünyesinde çocuk koruma birimleri oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığına

bağlı hastanelerde özellikle cinsel istismar ile mücadele etmek için Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) kurulmaktadır (18). Yeni Türk Ceza Kanunu 2005 yılında yürürlüğe girmiş olup çocuk istismar ve ihmali ile ilgili düzenlemeler içermektedir. Ayrıca Çocuk Koruma Kanunu, Sosyal Hizmetler Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, İş kanunu gibi pek çok yasada Çİİ'nin önlenmesine dair maddeler yer almaktadır. Türk Medeni Kanunu'nda dolaylı da olsa çocuk istismar ve ihmalinden bahsedilmektedir (3).

2.3.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tipleri

Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak sınıflandırılmaktadır. Bir vakada tek bir istismar türü görülebileceği gibi, birden fazla istismar türünün aynı anda uygulanması söz konusu olabilir (19). Bazı kaynaklarda ekonomik istismar da bu sınıflamaya dahil edilmektedir (20).

Bulgularının daha fark edilebilir düzeyde olması nedeniyle fiziksel istismar en kolay tanı konulabilen istismar türüdür. Genellikle farklı istismar türleri bir arada görülmektedir (21).

2.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; çocuğa ebeveyn veya bakıcı tarafından sağlığını olumsuz etkileyecek şekilde fiziksel zarar verilmesi, yaralanması veya bu gibi riskli durumlar oluşmasına neden olunmasıdır. Bu zarar çocuğa çıplak elle vurulması şeklinde olabileceği gibi kemer, sopa, süpürge vb. bir nesneyle vurma, çocuğu sarsma, sıcak bir sıvıyla haşlama, yakma, ısırma şeklinde de olabilmektedir (22).

Fiziksel istismar genel olarak kaza dışı yaralanmalar olarak da tanımlanmaktadır. Çocuklarda kazalara bağlı yaralanmalar sık görülmekle birlikte, öykü, fizik muayene ve yapılan tetkikler sonucu tutarsızlıklar tespit edildiğinde istismardan şüphelenmek gerekmektedir. Anne-babanın öfke kontrolünü kaybetmesi sonucu ya da disiplin veya cezalandırma yöntemi olarak fiziksel şiddet uygulanabilmektedir. İstismar davranışı en sık dövme şeklinde olmaktadır. Yanıklar, kesici alet yaralanmaları, boğulma, zehirlenme, ısırma şeklindeki yaralanmalar daha az sıklıkta görülmektedir (12).

Aile içi şiddet çoğunlukla beraberinde çocuk istismarını da getirmekte ve şiddet uygulayıcıları olarak ön planda anneler dikkat çekmektedir. Bunun nedeninin çocuğun bakımından esas sorumlu olan kişinin anne olması, çoğu ailede babanın

çocukla ilgili durumlara kayıtsız kalması ve sosyal desteğin bulunmaması olduğu düşünülmektedir (23). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü tarafından 2016 yılında yapılan araştırmanın verilerine bakıldığında, annelerin çocuklarına en sık uyguladıkları ceza yöntemleri azarlamak (%76,2), interneti yasaklamak (%47,3) ve televizyon izlemesine izin vermemek (%41,2) iken, tokat atmak (%37,5), dövmek (%25,6) gibi cezalandırma yöntemlerinin uygulanma sıklığı da azımsanmayacak düzeydedir (24).

Ülkemizde Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1998 yılında yaptığı çalışma çocukların %46'sının ihmal ve istismara uğradığını göstermiştir. Fiziksel istismar %65,72'lik bir oranla en sık görülen istismar şeklidir. Gizlenen vakaların da azımsanamayacak kadar çok olduğu düşünüldüğünde, bu rakamlar fiziksel istismarın ciddi bir toplumsal sorun haline geldiğini gözler önüne sermektedir. Fiziksel istismarın ülkemizde bu kadar sık görülmesinin bir diğer nedeni de bazı çevrelerde çocukları terbiye etmek amacıyla şiddetin kullanılmasının normal karşılanıyor olmasıdır. Çocuk verilen görevi yerine getirmediğinde veya bir hata yaptığında aşağılanmakta, azarlanmakta ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. ¨Dayak cennetten çıkmadır¨, ¨kızını dövmeyen dizini döver¨ gibi atasözleri de çocuk istismarı konusundaki toplumsal yanılgıyı gözler önüne sermektedir (22).

Dört-sekiz yaş grubundaki çocuklarda fiziksel istismar sıklığı en fazla olmakla birlikte ilerleyen yaşlarda istismar görülme riski azalmaktadır. Cinsiyetler arasında fiziksel istismar görülme sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak erkekler daha küçük yaşlarda istismarla karşılaşırken, kızlar genellikle ergenlik döneminde istismara uğramaktadır. Fiziksel istismardan çoğunlukla anneler sorumlu olmakta ve yirmi yaş ve altındaki anneler daha sık fiziksel istismar uygulamaktadır. Babalar ise ergenlik döneminde kız çocuklarına uygulanan istismarda daha ön plandadır (25).

İngiltere'de genel olarak çocuklar ev içinde fiziksel, duygusal istismar ve ihmal mağduru olurken, dışarıda cinsel istismarla karşılaşma riski artmaktadır (7). İran'da yapılmış olan bir çalışmada fiziksel istismar sıklığı %43,59 olarak belirtilmiştir (26).

Amerika Birleşik Devletleri verilerine bakıldığında her sene 700.000-1.250.000 çocuk istismar ve ihmal kurbanı olmakta ve 3.000.000 çocuk istismara uğrama riski taşımaktadır. Vakaların %18'inin fiziksel istismara maruz kaldığı rapor

edilmiştir (27,28). DSÖ tarafından dünya genelindeki 15 yaş altı yaralanma nedenli çocuk ölümlerinin %13'ünde fiziksel istismar veya ihmal söz konusudur (29).

a) Fiziksel İstismarda Tanı ve Bulgular:

1) Öykü:

Fiziksel istismar tanısında en önemli adım istismardan şüphelenmektir. Ancak hekimler genellikle ebeveynlerin çocuklarına zarar verebileceğini düşünmemekte, aile içi sorunlara neden olabilecek durumlardan kaçınmaktadır. Buna hekimlerin Çİİ hakkındaki bilgi eksiklikleri de eklendiğinde yalnızca ailenin verdiği bilgilere göre tedavi düzenlenmekte, istismar şüphesi oluşmamaktadır (30). İlk karşılaşmada tanı konulamayan çocuklar %50 ihtimalle tekrar istismara maruz kalmakta, yinelenen istismar olayları ölüm riskini artırmaktadır. Bu nedenle hekimlerin Çİİ olgularını ilk başvuruda tanıyıp, müdahale etmeleri büyük önem taşımaktadır (31).

İstismardan şüphe edilen durumlarda öncelikle çocukla baş başa konuşulmalı, ardından bakıcı, ebeveyn veya çocuğun bakımından sorumlu diğer kişilerden tek tek öykü alınmalıdır. Ebeveyn ya da bakıcıların, hekimin çocukla yalnız konuşmasına karşı çıkması ¨kırmızı bayrak¨ olarak adlandırılan ve Çİİ şüphesini güçlendiren durumlardandır.

Aşağıda belirtilen kırmızı bayraklar fiziksel istismar tanısı için yol gösterici olmaktadır:

- Tedavi amaçlı başvuruda nedeni açıklanamayan gecikme yaşanması,
- Yaralanma mekanizması ile uyumsuz, şüphe uyandıran öykü,
- Anlatılan öykünün çocuğun yaşı ve gelişim evresiyle bağdaşmıyor olması,
- Ebeveyn veya bakıcılarla yapılan görüşmelerde olayın farklı şekillerde anlatılması ve açıklamalarda değişiklikler yapılması,
- Çocuğun diğerlerinden farklı bir öykü vermesi,
- Ebeveyn ya da bakıcının yaralanma konusunda aşırı sakin olması veya çok abartılı tepki vermesi,
- Ebeveynlerin suçu çocuğa veya diğer kardeşlere yüklemesi,
- Henüz yürüyemeyen bebeklerde ekimozların bulunması, boyun, kulak, gövde ve kalçalar gibi kaza sonucu oluşma ihtimali zor olan yerlerde ekimozların görülmesi veya bir nesneyle oluşturulduğu düşünülen, şekilli ekimozların olması,
- Isırıklar, dil, dudak ve frenulumda bulunan yaralanmalar,

- Eldiven-çorap tarzında yanıkların bulunması,

- Düzgün sınırlı, derinliği her yerde aynı olan yanıklar,

- Farklı iyileşme aşamalarında bulunan birden çok kırık bulunması,

- Kafatası, sternum, vertebra, kaburga, metafiz kırıkları, subdural hematom, retinal hemoraji, intraabdominal yaralanmalar gibi durumların olması (29).

2) Fizik Muayene:

Fiziksel istismar bir tokattan ölümcül olabilen travmalara kadar değişen bir aralıkta gerçekleşebilmektedir. Çİİ belirti ve bulgularının fark edilebilmesi uygun tedavinin sağlaması ve çocuğun tekrarlanabilecek travmalardan korunmasını sağlayacaktır. Bunun için çocuğun tüm vücudunun ayrıntılı bir şekilde, ancak çocuk travmatize edilmeden incelenmesi gerekmektedir.

Deri, iskelet sistemi ve merkezi sinir sistemi bulguları, fizik muayenede en sık tespit edilen bulgulardır (9).

Deri Bulguları: Fiziksel istismara uğrayan çocukların %90 kadarında muayenede deri lezyonları bulunmaktadır. Bu lezyonlar ekimozlar, kesiler, ısırıklar, yırtık ve sıyrıklar, yanıklar, ağız yaralanmaları, skar dokuları şeklinde olabilmektedir. Ekimozlar fiziksel istismarda en sık karşılaşılan bulgu olmasına rağmen hareketli çocuklarda kaza ile oluşan morluklar da sık görüldüğü için ayırıcı tanı önemlidir. Ayırıcı tanıda lezyonun yeri, şekli, rengi, çocuğun özellikleri göz önüne alınmalıdır. Dizlerde ve tibianın ön kısmında oluşan morluklar daha çok kaza sonucu oluşurken, eller, yanaklar, boyun, kulaklar, gövde, üst kollar, uyluğun iç ve arka kısmı, kalçalar ve cinsel organlar gibi daha korunaklı bölgelerde gelişen morluklar fiziksel istismarda daha sık görülmektedir. Lezyonların büyük ve farklı evrelerde olması istismar şüphesini artırmaktadır. Yeni gelişmiş lezyonlar mavi-kırmızı renkli iken ilerleyen dönemde yeşil-sarı-kahverengi renk değişimi gözlenmektedir.

Çocukta saptanan bütün ısırık izleri istismarı akla getirmeli ve araştırılmalıdır. Ayrıca eldiven-çorap tarzı yanıklar, düzenli sınırlara sahip yanıklar ve kalça-perine çevresindeki yanıklar istismar açısından oldukça şüphelidir (32).

Kafa Travması: Kaza dışı yollarla gelişen kafa travmaları çocuk istismar olgularında yaralanmaların %40-50'sini oluşturmaktadır ve en sık ölüm nedenidir. Çocuklarda iki yaş altı ciddi kafa travmalarının nedeni olguların %80'inde istismardır. Ancak başlangıçta bulgular belirgin olmayabildiği için olguların %30 kadarı

atlanabilmektedir (33). Çocuğun sarsılması, dövülmesi, atılması veya düşürülmesi sonucu travma gelişebilir. İki taraflı, çok sayıda, çökme kırığı şeklinde olan, sütür çizgilerini aşan kırıklar, kusma, letarji, apne, yeni gelişen nöbetler, subdural hematom ve retinal hemorajiler şüphe uyandırıcı bir öykü ile de beraber olduğunda çocuk istismarını kuvvetle destekler. Bebek beyni anatomik yapısı nedeniyle sarsılmalara daha duyarlıdır ve kafatası kırığı bulunmayan olgularda da subdural hematom ve retinal kanamalara rastlanmaktadır (2).

Kırıklar: Fiziksel istismarda birinci sıklıkta cilt lezyonları, ikinci sıklıkta da kırıklar saptanmakla birlikte kırıklar radyolojik olarak en sık karşılaşılan bulgulardır. Kırıkların ortalama %85'i 3 yaş altı çocuklarda görülmektedir. İstismar mağduru olan 1 yaş altındaki çocukların %70'inde farklı iyileşme evrelerinde olan birden fazla kırık bulunmaktadır (34).

Fiziksel istismara spesifik bir kırık şekli bulunmamaktadır. Ancak ¨kova sapı¨ veya ¨köşe kırığı¨ şeklinde tanımlanabilen metafiz-epifiz kırıkları, kosta kırıkları, henüz yürümeye başlamamış olan çocuklarda görülen uzun kemik kırıkları, kompleks kafatası kırıkları, sternum, skapula, spinöz proses kırıkları, farklı iyileşme aşamalarında bulunan çoklu kırıklar istismar açısından daha şüphelidir. Diafiz kırıkları daha sık görülmekle birlikte istismar için spesifik değildir; ancak 3 yaşından küçük bir çocukta femur, humerus gibi bir diafiz kırığı görüldüğünde öykü ve fizik muayene ile istismar araştırılmalıdır (35). İskelet sistemi travmaları çoğu zaman yaşamı tehdit edici özellik taşımaz ama fiziksel istismar tanısında son derece önemlidir. Bu nedenle bir çocukta istismardan şüpheleniliyorsa mutlaka iskelet sistemi araştırılmalıdır

İç Organ Yaralanmaları: İstismara uğrayan çocuklarda en sık ölüm nedeni kafa travması iken ikinci en sık neden iç organ yaralanmalarıdır. Karaciğer, dalak, pankreas yaralanmaları, barsak perforasyonu, duodenumda hematom, böbrek ve mesane hasarı görülebilmekte ve genellikle geç tanı konulmaktadır. Bulantı-kusma, abdominal distansiyon, anemi, akut batın bulguları olan ve nedeni belirlenemeyen olgularda istismar akla gelmelidir. Ölüm genellikle tanı ve tedavide gecikme sonucu fazla kan kaybı nedeniyle olmaktadır (36).

Göz Bulguları: Çocuk istismarında göz bulguları göz çevresindeki bir morluktan, göz kaybına kadar varabilen bir aralıkta olabilir. Sıklıkla sarsılmış bebek sendromunda ve unilateral veya bilateral retinal kanamalar şeklinde görülmektedir. Bu

retina kanamaları genellikle hasar bırakmadan iyileşir. Ancak retinada görülen ayrışmalar, lens dislokasyonu, subkonjonktival hemoraji ve orbitadaki kırıklar söz konusu olduğunda %50'den fazlası sekel ile sonuçlanmaktadır. Bu çocuklarda herhangi bir vitreus ve retina patolojisini atlamamak için göz hekimi tarafından oftalmoskop ile muayene yapılmalıdır (16).

3) Laboratuvar:

İstismar şüphesi bulunan olgularda özellikle vücudunda yaygın morluklar bulunuyorsa tam kan sayımı, protrombin zamanı (PT), parsiyel tromboplastin zamanı (PTT), kanama zamanı, fibrinojen bakılarak çocukta kanamaya yatkınlık olup olmadığı araştırılmalıdır. Abdominal yaralanma düşünülüyorsa karaciğer enzimleri, amilaz, lipaz ve idrar tahlili gibi ek tetkikler de istenmelidir (37).

4) Radyoloji:

Çİİ tanısında en sık kullanılan radyolojik tetkikler; direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans (MR), sintigrafi ve ultrasonografidir.

Direkt Grafiler: Fiziksel istismar şüphesi olan 1-5 yaş aralığındaki çocuklarda tüm vücut kısımlarının tek tek direkt grafilerinin çekilmesi önerilirken, 5 yaş üzerindeki çocuklarda ve erişkinlerde ağrılı veya şüpheli alanların görüntülenmesi yeterlidir (38).

Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR): Çocukta kafa travması öyküsü veya şüphesi bulunuyorsa, retinada kanama mevcutsa kranial BT veya MR çekilebilir. Akut gelişen intrakranial kanamalarda kontrastsız BT birinci seçenektir. Subakut ve kronik dönemde, kafa içi hasarıyla ilgili daha detaylı bir inceleme gerektiğinde MR tercih edilmektedir (9).

Sintigrafi: 1 yaş ve altındaki çocuklarda kırıkların tespiti için kemik sintigrafisi önerilmektedir (38). Direkt grafilerde tespit edilemeyen kırıklar sintigrafide görülebilmektedir. Ayrıca farklı zamanlarda gerçekleşen kırıkların yaşının belirlenmesinde de sintigrafi son derece faydalıdır. Sintigrafik incelemede kırıklar %60-80 oranında bir yıl sonunda normale döndüğü için bu bir yıllık süre içerisinde herhangi bir zamanda yapılan sintigrafi ile kırık saptanabilmektedir (36).

Ultrasonografi: Genellikle batına uygulanan direkt travma varlığında, iç organ hasarı şüphesi olduğunda kullanılmaktadır.

b) Sarsılmış/Silkelenmiş Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Sarsılmış (Silkelenmiş) bebek sendromu (SBS) genellikle bebek çok fazla ve aralıksız ağladığında, sinirli anne-babalar ya da çocuğun bakımından sorumlu olan diğer kişiler tarafından hızlı bir şekilde sallanması sonucu oluşmaktadır. İki yaşından küçük, özellikle de altı ayın altındaki bebekler SBS açısından riskli grupta bulunmaktadır. Bu bebeklerde beyin dokusu yumuşak, baş/gövde oranı büyük ve boyun kasları henüz tam gelişmemiştir. Gövdelerinden tutulup hızlıca sarsıldıklarında şiddetli kafa travmalarına maruz kalmaktadırlar (30).

Öyküde anne-baba veya bakıcı herhangi bir travmadan bahsetmez. Genellikle bebeğin kendiliğinden kötüleştiğini, bir süre önce yatağına yatırılırken normal göründüğünü söylerler. Aslında ağlayan bebek yatırılmadan önce susturulmak için şiddetle sarsılmış ve sustuğu görülünce de yerine bırakılmıştır. Geri gelindiğinde ise bebek huzursuzdur, beslenmeyi reddetmekte ve kusmaktadır (39).

Sarsılmış bebek sendromunda öykü genellikle eksik verildiği için tanı koymada yardımcı olmaz hatta hekimi yanlış yönlendirebilir. Bu noktada fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri öne çıkmaktadır. Bebeğin göğüs kafesinden tutup sallanmasına bağlı parmak hizalarına denk gelen yerlerde morarmalar, ezilmeler oluşabilir. Şiddetli sarsılma nedeniyle subdural hematom ve retinal hemoraji sık görülmektedir. Kafa içi basınç artışı sonucu fontaneller çoğunlukla bombeleşmiştir. Solunum güçlüğü, cilt renginde morarma, nabızda yavaşlama gibi bulgular hatta koma ve ölüm görülebilir. Sıklıkla kafatası ve diğer kemik kırıkları da tabloya eşlik etmektedir. Subaraknoid kanamalar daha az görülmekle birlikte daha ölümcüldür (40)

Tanıda en değerli görüntüleme yöntemi kranial BT'dir. İskelet sistemi travması varsa direkt grafi veya sintigrafi, iç organ hasarından şüpheleniliyorsa da ultrasonografi istenebilir. Bu bebeklerde kafa travmasına bağlı yaygın damar içi pıhtılaşma gibi ciddi durumlar gelişebilmektedir. Koagülasyon testleri bu nedenle çok önemlidir. SBS mağdurlarında %20-25 oranında ölüm görülmektedir. Bebek sağlık kuruluşuna getirildiğinde koma durumundaysa ölüm oranı %60'a kadar çıkmaktadır (16). Yaşayan çocuklarda başlangıçta parapleji, kuadripleji gibi ciddi nörolojik sorunlar, ilerleyen yıllarda ise zeka geriliği, motor fonksiyonlarda gerileme gibi problemler yaşanmaktadır (39).

Çok ağlayan, özellikle koliği olan bebekler, fiziksel veya mental engeli bulunanlar SBS açısından risk altında bulunmaktadır. Özellikle stres düzeyi yüksek

olan ebeveynler çocuklarının ağlamasına tahammül edemeyerek onları sarsmaktadır. Ancak ebeveynlerin çoğu bebeklerini sarsmanın ölümcül sonuçları olduğunu bilmemektedir. Bu nedenle SBS'nin önlenmesinde aile bireylerinin ve çocuğun bakımından sorumlu olan diğer kişilerin eğitimi çok önemlidir. Ayrıca hekimler de bu konuda bilinçlendirilmeli, gözle görülür bir travması olmayan ancak genel durumu kötüleşen bebeklerde SBS ihtimalinin de bulunduğu bilinmelidir.

c) Munchausen by Proxy Sendromu (MbPS. Polle Sendromu)

Munchausen by proxy sendromu (MbPS) 1977 senesinde Roy Meadow tarafından iki çocuk hasta ile tanımlanmıştır. Çocuklar hasta olmadıkları halde ebeveynleri veya bakıcıları tarafından hastalık süsü verilerek ya da hastalık oluşturularak hastaneye götürülmekte ve bu durum sıklıkla tekrarlanmaktadır. Bildirilen MbPS vakaları içinde birkaç haftalık bir bebekten 11 yaşındaki bir çocuğa kadar farklı yaştaki çocuklar bulunmaktadır (9).

MbPS vakalarında genellikle abartılı bir öykü verilir. Şikayetler çocuk ebeveyn veya bakıcı ile yalnız kaldığında başlar, onlardan uzaklaştırıldığı zaman semptomlar genellikle kaybolur. Ebeveyn ilaç, bitkisel karışımlar, zehir vb. vererek çocukta hastalık oluşturabildiği gibi, yastıkla boğarak apne nöbetlerini tetikleyebilmekte ya da çocuktan alınan biyolojik örneklere dışarıdan müdahale ederek onda olmayan bir hastalığı varmış gibi gösterebilmektedir (41).

Bu olgularda istismarcı çoğu zaman kadınlardır ve %95 gibi büyük bir oranda istismardan anneler sorumludur. Çocukluk yıllarında istismarın herhangi bir türüne maruz kalmış olan annelerin çocuklarına istismar uygulama ihtimali daha yüksek görülmektedir. Bunun yanı sıra depresyon, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalık tanısı alan anneler de sıktır. Ancak asıl nedenin annenin sağladığı duygusal kazanç olduğu düşünülmektedir. Ev işleri, çocuk bakımı gibi konularda sorumlu tutulan, eşinden ve diğer aile üyelerinden destek görmeyen anneler, çocuklarında oluşturdukları bu yapay bozukluklar sayesinde ev ortamından uzaklaşmakta ve fedakar anne rolünü oynayarak insanlardan övgü toplamaktadır. Anne hastanede yattığı süre boyunca çocuğa başka birilerinin bakmasına izin vermemekte, doktorlarla sık sık konuşarak tedaviye ortak olmaya çalışmaktadır. Hastane ortamında genellikle bakımlı, güler yüzlü, diğer hastalar ve yakınları, hastane personeli ile iyi ilişkiler kuran kişilerdir (42).

MbPS mağduru olan çocuklar sık sık tekrarlayan şikayetleri nedeniyle acil servis veya polikliniklere getirilmekte, öykü ve fizik muayenede tutarsız bulgular görülmekte ve tetkik sonuçları semptomlar ile uyumsuz olmaktadır. Genellikle net bir tanı konulamamakla birlikte yapılan tedaviler de sonuçsuz kalmaktadır. Belirtiler sadece ebeveyn veya bakıcı varlığında geliştiği için tanı süreci kolaylıkla manipüle edilebilmektedir. Bu süreçte çocuk gereksiz tetkik ve tedaviye maruz kalmakta ve annenin verdiği zararın yanında hekimler de dolaylı da olsa bu zarara ortak olmaktadır. Süreç ilerledikçe daha invaziv tetkikler yapılmakta ve çocuğun hayatı riske atılmaktadır. Annenin yapay hastalık oluşturmak için yaptığı girişimler çocuğun %6-10 oranında ölmesiyle sonuçlanır. En fazla karşılaşılan ölüm nedeni apnedir. Boğulma ve zehirlenme sonucu ölen çocuklar da hesaplanacak olursa %33 gibi bir ölüm oranı karşımıza çıkmaktadır (43).

MbPS hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının farkında olması gereken, çok ciddi sonuçları olan farklı bir istismar türüdür. Bu sendromda çocuğun tedavisi ancak ebeveyn veya bakıcıdan ayırmakla mümkün olmaktadır. Aksi takdirde çocuk tanı konulamadan ve tedavi alamadan hastana hastane dolaştırılmakta ve çocuğun hayati tehlikesi bulunmaktadır. Bu ailelerde hasta çocuğun kardeşleri de istismar riski altında bulunmakta ve ani bebek ölümleri, sakatlıklar daha sık görülmektedir. Bu nedenle çocuğun kardeşleri de onunla beraber koruma altına alınmalıdır.

2.3.2. Duygusal İstismar

Bir erişkin veya çocuktan yaşça büyük olan bir kişi tarafından çocuğun devamlı olarak azarlanması, hakarete uğraması, ruh sağlığını etkileyecek her türlü sözel şiddete maruz kalması duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır (38).

Duygusal istismar çoğu zaman fark edilmemekte, fark edildiği takdirde de önemsenmemektedir. Genellikle diğer istismar türleriyle beraber görülmekte ve %90 oranında fiziksel istismar ve ihmal olgularına eşlik ettiği düşünülmektedir. Fiziksel ve cinsel istismar gibi kanıt niteliğinde bulguların olduğu istismar türlerine göre tespit edilmesi zordur ve onlar kadar zarar verici olduğu düşünülmemektedir. Her ne kadar bu konudaki çalışmalar yetersiz olsa da gerçekte en fazla görülen istismar türünün duygusal istismar olduğu düşünülmektedir. Ergenliğe kadar sıklıkla görülse de en sık altı-sekiz yaş aralığındaki çocuklar istismara maruz kalmakta ve kız ve erkek cinsiyet arasında fark görülmemektedir (25). Anne-babadan biri veya ikisinin olmadığı bir aile,

düşük eğitim ve sosyokültürel düzey, kalabalık aile yapısı, alkol ve madde kullanımı, engelli, hiperaktif çocuk, ekonomik sorunlar, kültürel özellikler duygusal istismar için risk oluşturmaktadır (44).

DSÖ'nün 2013 yılında yayınladığı rapora göre, Avrupa'da yapılan çalışmalarda duygusal istismar %29 oranla ilk sırada görülürken, fiziksel istismar %22,9, cinsel istismar %9,6 oranla onu takip etmektedir. Bernard Van Leer Vakfı tarafından 2014 yılında Türkiye'de yapılan 0-8 yaş arası çocuğa yönelik aile içi şiddet araştırması sonuçlarına göre ise anne babaların %74'ü sinirlendiklerinde çocuklarına duygusal istismar uygularken, %23'ü fiziksel istismar uygulamaktadır (23). Aynı raporun sonuçlarına göre çocuklarına duygusal istismar uygulayan anne-babaların çoğu tehdit etmek, bağırmak, yasaklar koymak, odaya kilitlemek gibi eylemlerin çocuğa herhangi bir zararı olmadığını düşünmektedir. Fiziksel istismar genellikle öfke kontrol sorunu yaşayan ebeveynlerce gerçekleştirilmekte iken, duygusal istismar çocuğun istenmeyen davranışını düzeltmede etkili olduğu görüldüğü için uygulanmaktadır (45).

Çocuğa bağırmak, azarlamak, hakaret etmek, alay etmek, odaya kilitlemek, sürekli evde yalnız bırakmak, değer vermemek, kardeşlerinden farklı davranmak, yapabileceğinden fazla şeyler beklemek, fazla otoriter davranmak ve çocuk üzerinde gereksiz baskı kurmak veya çocukla ihmal boyutunda hiç ilgilenmemek gibi durumlar duygusal istismar kapsamında değerlendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada %75-80 oranla en fazla karşılaşılan duygusal istismar şeklinin çocuğa bağırmak olduğu belirtilmiştir (46).

Pek çok anne-baba disiplin yöntemi olarak çocukları üzerinde baskı kurmaya çalışmakta ve onlara bağırmayı, azarlamayı bir çözüm olarak görmektedir. 2002 yılında Güler ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada annelerin %93 kadarının çocuklarına duygusal istismar uyguladıkları gösterilmiştir (47). Ebeveynler çoğu zaman uyguladıkları yöntemlerin istismar olduğunun bile farkında olmamaktadır. Fiziksel şiddet söz konusu olmadığı için duygusal istismarın zararlı etkileri de genellikle küçümsenmektedir.

Duygusal istismar mağduru olan çocuklar ebeveynleri tarafından sevilme, değer görme arzusuyla istismarı kabul etmek istemezler. İstismara karşı savunma mekanizmaları geliştirirler ve inkar durumu uzun süre devam ettiğinde çocukta fiziksel

ve psikolojik belirtiler görülmeye başlanır (48). Bu çocuklarda uyku bozuklukları, parmak emme gibi alışkanlıklar, gelişme geriliği, saldırganlık, içe kapanma gibi davranış problemleri, diğer kişilerle ilişki kurmada zorluk, yaşına uygun davranmama, kimlik problemleri, intihar girişimleri ve diğer psikiyatrik sorunlar görülebilmektedir (3). Çİİ kaynaklı ölümlere bakıldığında bunların %3 kadarının duygusal istismar nedenli olduğu ifade edilmektedir (49).

Çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki farkındalık giderek artmakla birlikte duygusal istismar hala fiziksel ve cinsel istismar kadar önemsenmemekte, çocuğa verilen psikolojik hasar da göz ardı edilmektedir. Çocukta istismara ait fiziksel bulgular çoğu zaman görülmediği için duygusal istismar genellikle gizli kalmaktadır. Burada en önemli adım ebeveynlerin duygusal istismar ve zararlı etkileri hakkında bilgilendirilmesidir. Sağlık çalışanlarının duygusal istismar belirtilerini tanıyabilmesi erken dönemde ailenin bilinçlendirilmesi adına çok önemlidir.

2.3.3. Cinsel İstismar

Cinsel olarak gelişim basamaklarını tamamlamamış olan bir çocuk veya ergenin, bir yetişkin ya da kendisiyle arasında en az 4 yaş bulunan daha büyük başka bir çocuk tarafından tehdit edilerek, güç kullanılarak veya kandırılarak cinsel isteklerin tatmini amacıyla kullanılması çocuğun cinsel istismarı (ÇCİ) olarak tanımlanmaktadır (50). Tanımdan anlaşılacağı üzere istismar uygulayıcının erişkin olması şart değildir, daha büyük çocuklar da istismarcı konumunda olabilmektedir. Burada önemli olan nokta cinsel oyunların cinsel istismar ile karıştırılmamasıdır. Bu oyunlarda çocuklar merak ettikleri için diğer çocukların cinsel organlarına bakmak veya dokunmak isteyebilmektedir. Çocuklar arasında yaş farkı dörtten azdır ve herhangi bir zorlama yoktur. Cinsel istismarda görülen fiziksel ve ruhsal etkiler cinsel oyunda gözlenmemektedir (51).

Çocukluk çağında görülen cinsel istismar ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve ortaya çıkarılması en zor olan istismar türüdür. Çocukta kısa ve uzun vadede önemli gelişimsel, fiziksel ve psikolojik hasarlara neden olmaktadır. Cinsel istismarın sadece çocuk üzerinde değil, aile ve toplum üzerinde de yıkıcı etkileri bulunmaktadır (52).

Çocukların cinsel olarak istismar edilmesi yeni bir olgu değil, yüzyıllardır farklı topluluklarda görülen yaygın bir sorundur. 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri'nde ÇCİ olgu bildirimlerinin artması bu konunun bir problem olarak

tanımlanmasına neden olmuş, ardından bu konuda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise araştırmaların başlangıcı daha yenidir (53).

Dünya Çocuklara Yönelik Şiddet Raporu 2006 yılında yayınlanmıştır ve rapora göre dünya genelinde 150 milyon kız ve 73 milyon erkek çocuğu cinsel istismara uğramıştır. Bu çocuklar içinden 1,2 milyonu insan ticareti kurbanı olurken, 1,8 milyon çocuk da fuhuş ve pornografiye maruz bırakılmıştır (54). Kadınların %10-40'ı, erkeklerin %5-20'si çocukluklarında en az bir defa cinsel istismarla karşılaşmıştır. Cinsel istismarların çoğunun gizli kaldığı, yalnızca %15'inin bildirildiği göz önüne alındığında gerçek verilerin çok daha ciddi boyutlarda olduğu tahmin edilmektedir (55).

Ülkemizde UNICEF tarafından 2010 yılında yapılan, 7-18 yaşları arasındaki 1886 çocuğun katıldığı bir çalışmada çocukların %3'ünün son bir senede cinsel istismara uğradığı, %10'unun da cinsel istismara tanık olduğu belirtilmiştir (56). 2018 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2014 yılında 9.714 olan cinsel istismar mağduru kız çocukların sayısı 2017 yılında 18.734'e yükselmiş, erkek çocuk sayısı ise 1.376 iken 2.403 olmuştur (52).

Cinsel istismar vakalarında cinsiyetler arası farklılıklar göze çarpmaktadır. Her üç-dört kız çocuğundan biri ve her on erkek çocuğundan biri ÇCİ suçunun mağduru olmakta, kızlarda %6-62 ve erkeklerde %3-13 oranında cinsel istismar görülmektedir (57). Çocukların %30'u iki-beş yaş, %40'ı altı-on yaş, %30'u da on bir-on yedi yaş grubunda bulunmaktadır (58). Kız çocuklarda erkeklere göre üç kat fazla cinsel istismar görülmekte ve kızların yaşı ilerledikçe istismar olasılığı artmaktadır. Ergenlik dönemi kız çocukları için en riskli dönemken, erkek çocuklar kızlara göre daha erken, özellikle okul öncesi dönemde ve ilkokulun ilk senelerinde cinsel istismara uğramaktadır (55,59). Erkek çocuklar istismara uğramanın erkekliklerine zarar vereceğini, homoseksüel olarak algılanıp, damgalanacaklarını düşündükleri için olayları daha çok gizleme eğiliminde olmaktadır. Bildirilmeyen vakalar gerçek sayılara ulaşmayı engellemektedir (53).

Anne-baba ilişkisinin bozuk, ev içinde sürekli bir gerilimin hakim olduğu, birbirleriyle konuşamayan, olumlu duygusal ilişkiler kuramayan bireylerden oluşan, sert kurallarla yönetilen özellikle ataerkil düzendeki kalabalık aileler, ekonomik sorunlar, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olması, alkol ve madde bağımlılığı,

boşanmış ebeveynler veya anne-babadan birinin olmayışı, üvey anne-babayla aynı evde yaşamak, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ebeveynlerin cinsel istismar öyküsünün bulunması, aile fertlerinin aynı odayı veya yatağı paylaşması, çocuğun engelli olması gibi faktörler çocukların cinsel istismara uğrama riskini artırmaktadır (52,60).

Toplumda çocuk istismarcılarının genellikle çocuğun tanımadığı, aileye yabancı kişilerce gerçekleştirildiğine yönelik yanlış bir algı bulunmaktadır. Oysa istismarların sadece %15'i çocukların tanımadığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir. Geri kalan %85'lik kısmın %31'inde istismarcı aile fertlerinden biri iken, %54'ünde aileden olmasa da tanıdık bir kişidir (61). Çocuklar çoğunlukla erkekler tarafından istismar edilmektedir. ÇCİ vakalarının %5-15'lik bir bölümünden kadınlar sorumludur ve istismar mağdurları daha çok erkek çocuklardır. Erkek çocuk istismarlarının %20'den fazlasında kadınlar sorumludur. Genellikle bekar olan bu kadınlar çoğu zaman bir erkeğin yanında ¨eş istismarcı (co-abuser)¨ olarak bulunmakta ve kimisinin çocukla herhangi bir teması olmamaktadır (53,62). İkinci bir yanlış bilgi de istismarcıların dışarıdan bakıldığında patolojik bir görünüm sergiledikleridir. Ancak istismar suçluları çoğunlukla saygı duyulan bir konumu, işi olan, evli, çocukları bulunan erkeklerden oluşmaktadır (63). İstismarcılar daha çok 20-40 yaş aralığında, iyi bir eğitimleri olmayan, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kişilerdir. Pek çoğu çocukluğunda şiddete veya cinsel istismara maruz kalmıştır (58).

Çocuk henüz cinselliği algılayabilecek yaşta değildir, içinde bulunduğu uygunsuz durumu anlamlandıramamaktadır. İstismarcılar ise bu durumu kullanarak çocuğu uzun süre istismar etmeye devam etmektedir. Başlangıçta çocuğa hediyeler vererek, ona arkadaşı gibi davranarak yaklaşmakta, sonra çocuğu baştan çıkarmaya çalışarak, gerektiğinde baskı ve şiddet uygulayarak onu istismar etmektedir (58). Çocuklar çoğunlukla yaşanan istismar olaylarını saklamaya çalışırlar. Ayrıca yapıları gereği meraklı oldukları ve duygusal açıdan yetişkinlerden ilgi ve sevgi görmek istedikleri için onlara kolaylıkla güvenip, yönlendirilebilirler. Tüm bunlar çocukları, istismarcı için kolay elde edilebilir hedefler haline getirmektedir (63).

Çocuğun cinsel istismarı şu şekilde sınıflandırılabilir:

1.Temas içermeyen cinsel istismar: Çocuğa herhangi bir temasta bulunmadan cinsel içerikli konuşmalar yapılması, teşhircilik ve röntgenciliktir.

2. Cinsel dokunma: İstismarcı çocuğa dokunabilir veya çocuğun kendisine dokunmasını isteyebilir, gerekirse onu zorlayabilir.

3. İnterfemoral ilişki (Irza tasatti): İstismarcı çocuğa sürtünerek onu istismar etmektedir. Bu istismar şeklinde penetrasyon yoktur.

4. Cinsel penetrasyon (Irza geçme): Vajina veya anal penetrasyon olabileceği gibi parmakla ya da çeşitli objeler kullanılarak penetresyon gerçekleşebilir.

5. Cinsel sömürü: Çocukların fuhuş ve pornografide kullanılması cinsel sömürü olarak ele alınabilir (53,62).

Çocuk cinsel istismarlarının %51'i temas olmadan gerçekleşirken, %5 vakada penetrasyon tespit edilmiştir (64).

2.3.3.1. Çocuk Cinsel İstismarında Öykü ve Fizik Muayene:

Cinsel istismar mağduru olan çocuklar korktukları, suçlu hissettikleri, aile veya toplum tarafından yargılanacaklarını ve olaydan sorumlu tutulacaklarını düşündükleri için çoğu zaman istismar olayından başkalarına söz etmemekte, gizlemeye çalışmaktadır (55). Cinsel istismar kurbanı olan çocuklarda genital ve anal bölge muayenesi dışında fiziksel belirtiler genellikle bulunmamakta, bulunsa da çok belirgin olmamaktadır. Çoğu zaman olguların hekimle karşılaşmasında gecikme yaşandığı için fiziksel hasar gelişmiş olsa bile muayenede tespit edilememektedir (9). Fizik muayene genellikle tek başına tanı koydurmadığından ÇCİ vakalarında detaylı bir öykü alınması son derece önemlidir. Öykü sadece çocuk ve iki görüşmecinin bulunduğu, çocuğun rahat hissedeceği bir odada alınmalıdır. Ancak çocuk ebeveynlerinin yanında kalmasını istiyorsa anne-baba da görüşmeye dahil edilmelidir. Anamnezde sadece çocukla ilgili faktörler değil, ailesel ve çevresel faktörler de araştırılmalıdır. Çocuğun anlayabileceği sorular sorularak, olayın nasıl gerçekleştiği, ne kadar sürdüğü, tekrarlanıp tekrarlanmadığı, şiddet varlığı, istismarcının kim olduğu öğrenilmeye çalışılır (9,53).

İstismar mağduru olan çocuklarda kısa ve uzun vadede ciddi davranış problemleri görülebilmektedir. Öyküde görülebilen bazı davranış değişiklikleri cinsel istismar tanısını desteklemektedir:

- İçe kapanma, arkadaşlarıyla olmak istememe, bazı kişilerle görüşmekten, bazı yerlere gitmekten kaçınma
- Sık sık ağlama, bağırma, kaygı bozukluğu, depresyon, korku, posttravmatik stres bozukluğu
- Yeme ve uyku problemleri, kabuslar görme, parmak emme, enürezis, enkoprezis
- Tanı konulamayan, tekrarlayıcı özellikteki baş ağrısı, karın ağrısı gibi bedensel yakınmalar, gelişme geriliği
- Okulda devamsızlık problemi, ders başarısında düşme
- Cinsel uğraşta belirgin artış, çok sık mastürbasyon yapma, yanlış cinsellik algısı
- Kendine zarar verme davranışları, intihara eğilim, alkol ve uyuşturucu kullanımı, suç işlemeye yatkınlık
- Uzun vadede ise; cinsellikle ilgili yanlış tutumlar, hiç cinsel ilişkiye girmeme veya rastgele yaşanan riskli cinsel birliktelikler, cinsel kimlik sorunları, somatizasyon bozukluğu, dissosiyatif (Çoklu) kimlik bozukluğu, borderline (Sınırda) kişilik bozukluğu (65).

Cinsel istismar kurbanı olan çocukların ailelerine, çevrelerine olan güveni yok olmakta ve bu çocuklar kendilerini aldatılmış hissetmektedir. İstismar olayını engelleyemedikleri için güçsüz, çaresiz olduklarını ve başkaları tarafından damgalandıklarını, olaydan sorumlu tutulduklarını düşünmektedirler. Travmatik yaşantı nedeniyle genellikle normal bir cinsel gelişim göstermezler (66).

Posttravmatik stres bozukluğu gelişimine neden olan en ciddi olay cinsel istismar yaşanmasıdır. Mağdur olan çocukların 1/3'ünde görülmekle birlikte çocuğun bütün hayatını etkileyebilmektedir. Nevroz, depresyon, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları genellikle posttravmatik stres bozukluğu zemininde gelişmektedir (67). Ancak cinsel istismara uğrayan bütün çocuklarda psikiyatrik sorunlar bulunmamaktadır. Olguların %20-50'sinde psikiyatrik belirti saptanmamış, uzun dönem takiplerinde %10-20 kadarında problemler görülmeye başlanmıştır (53).

Mağdur olan çocuklarda bedensel yakınmalar da sıklıkla görülmektedir. Bu çocukların %64'ünde yinelenen mide ve bağırsak ağrıları olduğu ifade edilmiştir. İştahsızlık, baş dönmesi, baş ağrısı, kulakta çınlama, nefes almada zorluk, mide

bulantısı, kusma, kas ve eklem ağrıları, mide ağrısı, pelvik ağrı gibi şikayetler çocuk tarafından sık sık dile getiriliyor ve nedeni belirlenemiyorsa cinsel istismar düşünülmelidir (68).

Fizik muayenede bir patoloji saptanmaması cinsel istismarın yaşanmadığı anlamına gelmemektedir. İstismar vakaları okşama, öpme, elle temas, cinsel içerikli yayınların izletilmesi gibi çocukta fiziksel hasar bırakmayacak şekilde de gerçekleşebilmektedir. Hasar oluşsa bile çocuklarda dokuların iyileşmesi daha hızlı olduğu için muayenede bulgu saptanmayabilir (51). ÇCİ vakaları çoğunlukla fiziksel zarar varlığında açığa çıkmaktadır. Fizik muayenede genital bölgede kızarıklık, şişlik, morluk, yara izleri olması, vajinal ve anal yırtıklar, çocuğun yürüme ve oturmada zorluk yaşaması, idrar yaparken zorlanma ve cinsel yolla bulaşan hastalık belirtilerinin saptanması cinsel istismar açısından uyarıcı olmalıdır (69). İstismar olayı son 72 saat içerisinde gerçekleşmişse serviksten sürüntü örneği alınarak sperm varlığı araştırılmalıdır. Özellikle ilk 24 saat adli delil saptanması açısından son derece önemlidir. Ergenlik çağında bulunan kız çocuklarda gebelik tahlili yapılmalı ve bütün istismar olguları cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından taranmalıdır. Cumhuriyet savcısı tarafından izin çıkarılmadan genital bölge muayenesi yapılmamalıdır. Küçük yaştaki çocuklarda bir zararı olmayacaksa anne muayene sırasında odada olmalı, adölesan çağdakilerin ise kendi isteklerine göre karar verilmelidir (9,53,57).

Çocukların bu süreçte tekrarlayan görüşme ve muayeneler sonucu daha çok travma yaşayarak hasar görmesini önlemek amacıyla Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) kurulmuştur. Bu merkezlerde uzman kişilerce çocukla görüşülmekte, muayenesi yapılarak uygun prosedür izlenmektedir. Sağlık sistemi yanında Cumhuriyet savcılığı, kolluk kuvvetleri gibi hukuk ve adalet sistemi bileşenleri ile iş birliği içinde hareket edilmektedir. Aile görüşmeleri yapılmakta, korunma altına alınması gereken çocuklara beslenme, barınma, giyim, sağlık konularında da destek olunmaktadır (61).

Hekimler hastane başvurusunda gecikme, fiziksel bulguların belirgin olmaması gibi nedenlerle cinsel istismar vakalarını atlayabilmektedir. Bu nedenle sebebi belirlenemeyen sağlık problemlerinin altında ÇCİ olabileceği, cinsel istismarlarda fizik muayene bulgularının olmayabileceği bilinmeli ve çocuktaki davranış değişiklikleri ciddiye alınmalıdır. Sadece hekimler değil, bütün sağlık çalışanları cinsel istismar konusunda bilgili olmalıdır. Tanı almayan her istismar vakası çocuğun

tekrarlayan cinsel travmalara maruz kalmasına ve geri dönüşümsüz hasarlara neden olmaktadır. Cinsel istismar şüphesi duyulan her olguda adli bildirim yapılmalıdır. Çocuk vakit kaybetmeden istismarcı ve istismar ortamından uzaklaştırılmalıdır.

2.3.3.2. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest) ve Pedofili:

Ensest kavramı, Latince kökenli ¨incestus¨ kelimesinden gelmekte olup pis, kirlenmiş, iffetsizlik, uygun olmayan anlamlarını ifade etmektedir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise günahın her çeşidi olarak tanımlanmıştır. Günümüzde toplumsal ahlak kuralları, dini sınırlamalar ve yasalar nedeniyle evlenmeleri mümkün olmayan, aralarında yakın akrabalık bağı olan kadın ve erkeğin cinsel birliktelik yaşaması ensest olarak tanımlanmıştır (70). Çocuk ile kan bağı olmasına bakılmaksızın, yakın ya da uzak olan akraba ve tanıdıklar ile öz-üvey ayrımı yapılmadan çocuğun bakımından sorumlu olan yetişkinlerin çocuğu cinsel olarak istismar etmesi ensest ilişki olarak değerlendirilmektedir (57). Ensest olayının sorumlusu genellikle çocuğun öz-üvey babası, dedesi, amcası, öz-üvey erkek kardeşi, halası, teyzesi gibi çocuğun kolayca güvenini kazanabilecek yakın akrabalarıdır (63).

Ensest ilişki en sık öz babanın kız çocuğunu istismar etmesi şeklinde görülmektedir. Kızlar genellikle 6-8 yaşları arasındadır ve geleneksel, ataerkil aile yapısı ve katı kurallarla aileyi yöneten bir babanın varlığında daha fazla baba-kız istismarları yaşanmaktadır (71). Üvey babaları olan kızların hem üvey baba hem de diğer erkekler tarafından istismara uğrama riski daha fazladır. Üvey babanın istismarı öz baba-kız istismarına göre beş-altı kat fazla görülmekte ve genellikle daha ciddi boyutlarda olmaktadır (53,60). Babanın psikiyatrik hastalığının veya alkol, madde bağımlılığının olması, anne-babanın cinsel yaşamlarındaki sorunlar, boşanmış ebeveynler, aile içi şiddetin varlığı, geniş aile yapısı, çocukların ebeveynlerle veya diğer kardeşlerle aynı odalarda, aynı yataklarda uyuması, eğitim düzeyinin düşüklüğü, ekonomik sorunlar, annenin gece işlerinde çalışması, ebeveynlerin ailelerinde ensest ilişki öyküsünün bulunması çocukların ensest mağduru olma riskini artırmaktadır. İstismarın çocuğun en sevdiği, ona en yakın olan kişi ya da kişilerce gerçekleşmesi, uzun süreli olması, tekrarlanan istismarların olması, şiddet öyküsü, vajinal veya anal penetrasyon varlığı, ailenin istismarı öğrendiği zaman çocuğa destek olmaması çocuğun yaşadığı travmanın daha ciddi boyutlarda olmasına neden olmaktadır (52,59).

Anneler çoğu zaman şüphe duysalar bile bu ilişkiyi tanıdıkları kişilere yakıştıramamakta ve olay yaşanmamış gibi hayatlarına devam etmektedirler. Özellikle annenin ekonomik özgürlüğünün olmadığı, babaya hem maddi hem manevi yönden bağımlı kaldığı durumlarda, anne istismar olayını açığa çıkarmakta zorlanmaktadır. Ancak tüm cinsel istismarlarda olduğu gibi ensest olgularında da anne çok önemli bir rol oynamaktadır. Annenin çocuğuna inanıp, onun arkasında durması çocuğun istismardan korunması açısından son derece önemlidir. Çocuğun en kısa sürede istismarcıdan uzaklaştırılması hayati önem taşımaktadır. Aile içerisinde çocuğun güvende olmayacağı düşünülürse çocuk devlet tarafından koruma altında alınabilmektedir (71,73).

Ensest ilişki; çocuğun ailesi ve tanıdıkları tarafından cinsel istismarı olarak tanımlanırken, istismar çocuğun tanımadığı, yabancı kişiler tarafından gerçekleştirilirse pedofili tanımı kullanılmaktadır (64,70). Pedofili kavramı çocuğun cinsel istismarı ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Daha çok psikiyatrik bir tanımlamadır ve DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 5. Baskı) pedofilik bozukluk olarak bahsedilmektedir (70,74).

Pedofilik bozukluk DSM-5 tanı kriterleri:

A. En az altı aylık bir süre boyunca, ergenlik öncesi çocuk ya da çocuklarla (genellikle 13 yaşında ve daha küçük olanlarla) cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili, yineleyen, cinsel yönden uyarıcı yoğun düşlemler, cinsel dürtüler ya da davranışların bulunması.

B. Kişi, bu cinsel dürtülerine göre davranmıştır ya da cinsel dürtüleri ya da düşlemleri klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası güçlüklere neden olur.

C. Kişi, en azından 16 yaşındadır ve A tanı ölçütünde sözü edilen çocuk ya da çocuklardan en az beş yaş daha büyüktür.

Not: 12-13 yaşlarında biriyle süregiden cinsel ilişkisi olan, geç ergenlik evresindeki bir kişiyi bu kapsamda değerlendirmeyiniz (64).

Pedofilik bozukluğun gelişimi sıklıkla ergenlik yıllarında görülmekle birlikte, başlangıcın yetişkin dönemde olduğu vakalar da bulunmaktadır. Özellikle ergenlik çağındaki gençlerde tanı koyarken gelişim düzeyi göz önüne alınmalıdır. Vakalar değerlendirilirken bipolar bozukluğun mani evresi, madde kullanımı gibi dürtü kontrol bozukluğuna yol açabilecek durumların varlığı da sorgulanmalıdır (75).

2.3.3.3. Çocuk Evlilikleri

Çocuk evlilikleri eşlerden en az birinin on sekiz yaşın altında olduğu beraberlikler olarak tanımlanmaktadır. Bilimsel olarak çocukların olgunluğa erişme yaşı on sekiz yaş olarak belirtilmekte ancak dünya üzerinde pek çok çocuk henüz bedensel ve ruhsal olarak olgunlaşmadan evlendirilmektedir. Bu çocuklar kendi çocukluklarını yaşayamadan çocuk sahibi olmakta, evliliğin sorumlulukları altında zorlanmaktadırlar (76,77).

Çocuk evlilikleri incelendiğinde kızların erkeklerden daha çok etkilendiği görülmektedir. Erkeklerde on dokuz yaşına gelmeden evlenenlerin oranı yalnızca %5 iken, kızlarda bu oran %35-60 civarındadır. Dünya genelinde 20-24 yaş aralığındaki kadınlara bakıldığında bunların %36'sının on sekiz yaşından önce evlilik yaptığı ifade edilmektedir. Çocuk evlilikleri en fazla Güney Asya'da görülmekte, Filistin, Yemen, Hindistan, Afganistan, Bangladeş gibi ülkelerdeki oranlar da sorunun boyutunu ortaya koymaktadır. Filistin ve Yemen'de on sekiz yaşından küçük olanların yarısının, Hindistan'da kız çocuklarının %40-60'ının, Bangladeş ve Afganistan'da sırasıyla %51 ve %54'ünün evli olduğu belirtilmektedir (78).

Türk Medeni Kanunu'nun 124. Maddesi ile on yedi yaşını doldurmayanların evlenemeyeceği fakat olağanüstü hallerde mahkeme kararı da mevcutsa on altı yaşını doldurmuş olanların evlenmesine izin verilebileceği ifade edilmektedir. Türk Ceza Kanunu'nda on sekiz yaşını tamamlamayanların çocuk olarak tanımlandıkları düşünüldüğünde, Türk Medeni Kanunu çocuk yaşta yapılan evlilikleri önlemede yetersiz kalmaktadır (79). Türkiye İstatistik Kurumu'nun açıkladığı verilere göre 2014 yılında 16-17 yaş aralığındaki kız çocuklarının %5,8'i yani 34.629 çocuk evlendirilmiş, bu oran 2015 yılında %5,2, 2017 yılında ise %4,2 olarak belirtilmiştir. Fakat istatistiklerin gerçek sıklığı yansıtıp yansıtmadığı tam olarak bilinmemektedir (80).

Ülkemizde çocuk evliliklerinin görülme sıklığı yüksektir. Çoğu zaman bu evlilikler ekonomik, sosyokültürel bir zorunluluk olarak görülmektedir. Sıklıkla ciddi sorunlara neden olmakta, özellikle kız çocuklarında gebelik ile birlikte sağlık problemleri yaşanmaktadır. Genellikle on sekiz yaşından küçük olan kızların gebeliği adölesan gebelik olarak tanımlanmakta ve bu dönemde henüz gebelik için yeterli fiziksel olgunluğa erişilmediği için sorunlu bir gebelik ve doğum görülme riski

artmaktadır. Bu gebeliklerde anne ve bebek ölümlerinde de artış olmaktadır. Dünya geneline bakıldığında her sene 14-15 milyon kadar adölesan gebeliği görülmektedir. Bu kızlar sadece sağlık sorunları yaşamamaktadır. Çoğu eğitimine devam edememekte, sosyokültürel ve ekonomik olarak zorluk çekmektedir (81).

Çocuk evlilikleri yaygın görülen, bazı coğrafyalarda normal karşılanan, ancak bireysel ve toplumsal olarak çok ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Çocukların eğitimlerine devam etmesi, sosyoekonomik destek, çocuk evliliklerinin normalleştiği toplumlarda bu bakış açısının değiştirilmesi ve yasaların daha caydırıcı olması erken evliliklerin önlenmesi açısından son derece önemlidir.

2.3.3.4. Cinsel Eğitim

Çocukların cinsel istismar kurbanı olmalarının önüne geçebilmek için erken yaşlardan başlayarak yeterli cinsel eğitim almaları çok önemlidir. Bu eğitimle çocukların bedenlerini, özellikle de özel bölgelerini tanımaları, normal, şefkatli bir dokunuş ile kötü dokunuş ve iyi-kötü sır arasındaki farkı anlamaları, istemedikleri, kendilerini kötü hissettikleri durumlarda ¨hayır¨ diyebilmeleri amaçlanmalıdır. Çocuğa özel bölgeler konusunda bilgi verilirken tanımlar gerçek anatomik isimlerle yapılmalı, böylece çocuğun doğru bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Kötü sırların saklamaması, bir istismar durumunda bunu güvendiği bir yetişkine anlatması gerektiği çocuğa öğretilmelidir. Çocuklar kardeşleri bile olsa başka çocuklarla birlikte aynı yatakta uyumamalı, imkan varsa odalar da ayrılmalıdır (55,71,82).

Okullar cinsel istismar vakalarının fark edilmesi açısından çok önemlidir. Aileden sonra çocukla en fazla vakit geçiren kişiler genellikle öğretmenlerdir. Bu nedenle okullarda çocuk istismarı durumunda uygulanacak bir eylem planı bulunmalı, öğretmenler çocukların yeterli cinsel eğitimi almış olduğundan emin olmalı ve çocuklardaki davranış değişikliklerini gözlemlemelidir (83).

2.3.4. Ekonomik İstismar

Çocuğun yaşına uygun olmayan, bedensel ve ruhsal gelişimini engelleyici, çocuk haklarına ters düşen işlerde ya da düşük ücret karşılığında çalışması veya çalışmaya zorlanması ekonomik istismardır (20). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), çocukların on sekiz yaşından önce çalışmasını ¨çocuk işçiliği¨ olarak tanımlamaktadır. Ancak her çalışma bu kapsamda ele alınmayıp, çocuğun fiziksel, psikolojik, sosyal gelişimini olumsuz etkileyen işler istismar olarak görülmektedir. 4857 Sayılı İş

Kanunu gereğince on beş yaşın altındaki çocukların çalışması yasaklanmış ancak on dört yaşını doldurmuş ve ilköğretimi tamamlamış olanların, gelişimlerini ve eğitimlerini aksatmayacak, hafif işlerde çalışmasına izin verilmiştir. On dört yaşını doldurmayanlar ise yine gelişimlerine ve eğitim sürecine zarar vermeyecek şekilde kültür, sanat çalışmalarına izin almak suretiyle katılabilmektedir (84).

Çocuklar sanayi devrimi öncesinde de işlerde yardımcı olarak bulunmakla birlikte, sanayi devrimi sonrasında fabrikalaşma ile sanayi kollarında ve madenlerde iş gücü kaynağı olarak kullanılmaya başlanmışlardır. O günlerden günümüze kadar çocuk işçiliği her dönemde varlığını sürdürmüştür (85). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve gelir seviyesi arttıkça çocukların iş gücü olarak kullanılması azalmaya başlamıştır. UNICEF'in açıkladığı verilere bakıldığında kişi başı milli gelir 20.000 doların üzerinde olan otuz bir ülkede 5-14 yaş aralığında çocuk işçiliği ile karşılaşılmamaktadır. Öte yandan gelişmemiş, fakir ülkelerde hala çocuk işçiliği yoğun bir şekilde görülmektedir. Somali, Etiyopya, Nijer, Uganda gibi ülkelerde çocukların %35'inden fazlası iş gücü olarak kullanılmaktadır (86)

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2012 yılında açıklanan anket sonuçlarına göre 6-17 yaş aralığındaki 15 milyon çocuğun 7,5 milyonu ev işlerinde, 1 milyon çocuk da sanayi, tarım ve hizmet sektöründe çalışmaktadır. Bu çocukların yaklaşık yarısı (%49,8) eğitim hayatına devam edememektedir. Çocukların çalışmasında en önemli etken yoksulluk olarak görülmektedir. Ailesinin ekonomik durumuna katkı sağlamak amacıyla ya kendi isteğiyle ya da aile baskısıyla çalışmak durumunda kalmaktadır. Ayrıca küçük yaşlarda bir meslek edinme isteği de çocukların çalışmasında etkili olmaktadır (84,86). Çocukların aile işletmelerinde ücretsiz olarak çalıştırılabilmesi, hak arama konusunda bilgisiz olmaları, düşük ücretler karşılığında çalıştırılmaları iş gücü olarak tercih edilmelerinin nedenlerindendir. Bu çocuklar genellikle sanayi, tekstil, tarım, turizm sektöründe, aile işletmelerinde ve sokaklarda seyyar satıcı, çöp toplayıcı olarak çalışmaktadır. Bunun yanında köle gibi çalıştırılan, fuhuş, porno sektörü, uyuşturucu kaçakçılığı gibi işlerde çalışmaya zorlanan çocuklar da bulunmaktadır (87).

Çocuk işçiliği kavramı her zaman istismar anlamı taşımamaktadır. Ancak çalışmak zorunda kalan çocuklar okula gitmeleri, arkadaşlarıyla oyun oynamaları gereken dönemde olması gerekenden fazla sorumluluk almakta ve çocukluklarını

yaşayamamaktadır. Özellikle sokaklarda çalışan çocuklar her türlü istismar riski ile karşı karşıya kalmakta, davranış bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, suç işlemeye eğilim gibi sorunlar bu çocuklarda daha sık görülmektedir. Ailelerin sosyoekonomik olarak desteklenmesi, çocukların eğitimlerine devam etmelerinin sağlanması, toplumun ekonomik istismar konusunda bilinçlendirilmesi, sık sık denetimler yapılması ve uygun şartları sağlamayanların cezalandırılması istismarın önlenebilmesi açısından önem taşımaktadır.

2.3.5. Çocuk İhmali

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuğun korunma, beslenme, barınma, sağlık, eğitim ve sevgi gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması veya önemsenmemesini çocuk ihmali olarak kabul etmektedir (88). İhmal davranışları çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zarar görmesine neden olmaktadır (9). Çocuk ihmali de istismar olarak kabul edilmekle birlikte, istismarın aktif, ihmalin pasif olarak gerçekleşmesi istismar ve ihmal arasındaki en önemli farktır (16).

Çocuk koruma hizmetlerine yönlendirilenlerin %50'sinden fazlasını ihmal vakaları oluşturmakla birlikte çocuk ihmali, çocuk istismarının en sık görülen şeklidir (89). Dünya genelinde çocukların %1-2'si ihmale uğramaktadır. İstismar olgularının %48-63'ünde beraberinde ihmal davranışları da görülmektedir (14). Ülkemizde UNICEF'in desteğiyle 2010 yılında yapılan ¨Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması¨ sonuçlarına göre Türkiye'de 7-18 yaş aralığında bulunan çocukların %25'i ihmale maruz kalmıştır. En fazla görülen ihmal davranışı ise çocukların yalnız bırakılması şeklinde olmuştur (69).

Aşağıdaki bulgular görüldüğünde ihmalden şüphe edilmelidir:

- Çocuk kirli, eski, bakımsız ve hava şartlarına uygun olmayan kıyafetler giymişse,
- Nüfus cüzdanı çıkarılmamışsa,
- Ebeveynler çocuk ile ilgili sorulara cevap veremiyorsa,
- Yetersiz beslenme, organik bir neden bulunamadığı halde kilo kaybı, dehidratasyon, büyüme-gelişme geriliği varsa,
- Zehirleme, yaralanma, kazalar söz konusuysa,
- Çocuğun etrafında sigara, alkol ve madde kullanımı varsa ve çocuk bunlara maruz bırakılıyorsa,

- Öğrenmede zorluk, zeka geriliği mevcutsa,
- Çocuk sosyalleşmede sorun yaşıyor, çevresindekilerle iletişim kuramıyorsa,
- Zorunu eğitim döneminde olduğu halde okula gitmiyorsa,
- Tedavi edilmeyen diş çürükleri varsa,
- Hastalık durumunda hastane başvurusunda gecikme olmuşsa veya hiç başvurmamışsa,
- Çocuk alması gereken bir tedaviyi almıyorsa veya tedavide aksaklıklar oluyorsa,
- Çocuğun aşıları yaptırılmamış veya eksik yaptırılmışsa,
- Ailesi tarafından evden kovulmuş veya terk edilmiş ise (14,90).

Çocuk ihmali fiziksel, duygusal, cinsel ihmal ve eğitim ihmali olarak sınıflandırılmaktadır (9). Bazı kaynaklarda tıbbi ihmalden de söz edilmektedir (69).

Çocuk ihmalinin belirtileri genellikle istismar kadar belirgin değildir ve ihmal, istismar kadar önemsenmemektedir. Ancak ihmal, çocuk gelişiminin her alanını negatif yönde etkilemekte ve ciddi sorunlara neden olmaktadır. Çocukluk döneminde öğrenme güçlüğü, okul başarısında düşüklük, davranış sorunları, anne-baba ile çocuk arasındaki ilişkide bozukluk görülebilirken, bu çocukların ergenlik döneminde daha çok riskli davranışlarda bulundukları, suç işleme potansiyellerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İstismar olayları sonrası görülebilen travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine ihmal edilen çocuklarda da rastlanılmaktadır (89).

2.3.5.1. Fiziksel İhmal:

Çocuklara bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından onların yeme-içme, giyinme, hijyen, korunma ve gözetim, barınma, sağlık gereksinimleri gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması veya yetersiz karşılanması fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır (69,91). Çocuğun beslenmesine, vücut ve kıyafet temizliğine, giyimine yeterli özenin gösterilmemesi, evde uzun süre tek başına bırakılması, koruyucu önlemlerin alınmaması, evden kovulması, uzun süreler boyunca başka insanlara emanet edilmesi, sağlıklı olması için gereken tedbirlere uyulmaması, aşılarının yapılmaması veya eksik yapılması, hastalandığı zaman doktora başvuruda gecikme olması veya hiç götürülmemesi fiziksel ihmal kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca annenin gebelik döneminde sağlığına dikkat etmemesi, doktor kontrolüne gitmemesi veya

önerileri uygulamaması, sigara, alkol, ilaç gibi bebeğe zararlı olan maddeler kullanması da fiziksel ihmaldir (9,38).

Cristoffersen ve DePanfilis'in 2009 yılında yaptıkları çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi ile ilgili çalışmada çocukların %38'inin fiziksel ihmal, %12'sinin de fiziksel istismar mağduru olduğu belirtilmiştir (92). Ulukuş ve arkadaşları tarafından acil kliniğe başvuran 0-18 yaş aralığındaki çocukların incelendiği çalışmada toplam 1.528 çocuk içerisinden 1.160'ının fiziksel ihmale uğramış olduğu tespit edilmiştir. Bu çocukların %65,3'ünün 0-5 yaşları arasında bulunduğu, %56,6'sının erkek, %43,4'ünün de kız olduğu belirlenmiştir. Oranlara bakıldığında fiziksel ihmalin daha çok erkek çocuklarda ve sıklıkla 0-5 yaş aralığında gerçekleştiğini söylemek mümkündür (93). Fiziksel ihmal, fiziksel istismara göre fazla görülmekle birlikte ciddi bir yaralanma, ölüm olmadıkça önemsenmemektedir (16). İstismar/ihmal nedeniyle gerçekleşen ölümlere bakıldığında ise %38'inin ihmal kaynaklı olduğu belirtilmektedir (49).

Fiziksel ihmal hem görülme sıklığı hem de çocuk üzerindeki etkileri bakımından oldukça önemlidir. Hekimlerin tanı koyup, müdahale edebilmesi için fiziksel ihmal belirtileri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Çocuğun yetersiz beslenmesi, büyüme-gelişme geriliği olması, bedeninin, kıyafetlerinin kirli, bakımsız olması, aşılarının yaptırılmaması, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmaması, ilgisiz olunması, çocuğun sık tekrarlayan enfeksiyonlar, yaralanmalar ile hastaneye getirilmesi fiziksel ihmali düşündürmelidir. Bu çocuklarda uyku düzensizlikleri, anlamsız bakışlar, parmak emme, okula gitmek istememe veya okuldan kaçma, zararlı madde kullanımları, dilencilik yapma gibi sorunlar da görülebilmektedir (94).

2.3.5.2. Duygusal İhmal:

Duygusal ihmal, çocuğun yeterli sevgi, şefkat ve ilgiden yoksun olması, varlığının önemsenmemesi, psikolojik olarak ihtiyaç duyduğu desteği görememesi olarak tanımlanmaktadır (9,94,95).

Çocuğun bilişsel, duygusal ve sosyal becerilerinin sağlıklı bir şekilde gelişmesi onun erken çocukluk evresinde ailesi ve çevresindeki diğer kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesine bağlıdır. Bu ilişki kurulamaz ve çocuğun ihtiyaçları göz ardı edilirse çocukta gelişim ve davranış bozuklukları görülebilmektedir (96).

Karasu ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmaya dahil edilen annelerin %79,5'inin çocuklarına en az bir defa duygusal ihmal ve/veya istismar uyguladığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin duygusal ihmal/istismar uygulama oranlarında düşme görülmüştür (97).

Çocuk ve ergenlerde en sık karşılaşılan ihmal-istismar türü duygusal ihmal ve istismardır. Tek başına görülebileceği gibi sıklıkla diğer istismar ve ihmal türlerine eşlik etmektedir. Fiziksel istismar-ihmal vakalarının %90 kadarında duygusal istismar ve ihmale de rastlanmaktadır. Bu kadar sık görülmesine ve ciddi sorunlara yol açabilmesine rağmen daha zararsız görüldüğü için çok fazla önemsenmemektedir (25).

2.3.5.3. Cinsel İhmal:

Çocuğun sağlıklı bir cinsel gelişim gösterebilmesi için gerekli olan ilgiyi bulamaması, ebeveynler tarafından cinsel eğitim verilmemesi ve olası cinsel istismarlara karşı çocuğun savunmasız bırakılması cinsel ihmal olarak tanımlanmaktadır (91).

Çocukların cinsel kimliklerini fark etmeye ve ona uygun hareket etmeye başlamaları genellikle iki yaşından sonra olmaktadır. Bu aşamada çocuğun cinsiyetine göre davranılmaması, kıyafet ve oyuncak seçimi yapılırken cinsel kimlik ile ters düşülmesi de cinsel ihmal olarak kabul edilmektedir. Bu durum çocukta davranış bozuklarına neden olabilmektedir (9,91).

2.3.5.4. Eğitim ihmali:

Eğitim ihmali, okul çağına gelmiş olan çocuğun okula gönderilmemesi, gönderilenlerin ders başarıları ve okula devamsızlık durumlarının takip edilmemesi, sorunlarının ebeveynler tarafından önemsenmemesi ve çocuğun eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (31,69).

2.3.5.5. Tıbbi İhmal:

Tıbbi ihmal, çocuğun tıbbi yardım alması gereken bir durumda herhangi bir sağlık kurumuna götürülmemesi veya geç götürülmesi, kronik hastalıkları olanların gerekli tedaviyi alamaması olarak tanımlanabilir (89).

2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri

Çocuk istismarı ve ihmali dil, din, ırk fark etmeden tüm dünyada yaygın olarak görülmekle birlikte istismar/ihmal gelişimine neden olan bazı faktörler bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinin bilinmesi Çİİ olaylarının önlenmesi açısından çok önemlidir.

2.4.1. Çocukla İlgili Faktörler

- Prematüre olma
- Çocuğun cinsiyeti
- Çocuğun yaşı
- Düşük doğum ağırlığı
- Doğum sonrası dönemde anne ile bebeğin uzun süre ayrı kalması
- Hiç emzirmeme
- Çocuğun huysuz olması, çok fazla ağlaması, susturulamaması
- Sağlık sorunları bulunan, bakıma muhtaç bir çocuk olması
- Fiziksel veya zihinsel engelli olması
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
- Davranış bozukluğu
- Planlanmamış, istenmeyen bir gebelik sonucu doğmuş olması
- Çocukların doğumları arasında 18 aydan az süre bulunması
- Ailedeki çocuk sayısının ikiden fazla olması
- Üvey çocuk olma

Her çocuk için istismar/ihmal riski bulunmakla birlikte bazı çocuklar özellikleri nedeniyle çok daha büyük risk altında bulunmaktadır. Prematüre çocuk oranı normal popülasyonda %7-8'lerde bulunurken, Çİİ mağduru olan çocuklara bakıldığında %23-25'inin prematüre doğmuş olduğu görülmektedir. Bununla birlikte düşük doğum ağırlıklı olan bebekler de risk grubunda yer almaktadır. Bu bebeklerin dış görünüşleri nedeniyle aileler tarafından kabul edilmekte zorlandıkları düşünülmektedir (98).

Çocukların yaşı ve cinsiyeti de istismar ve ihmal riski açısından son derece önemlidir. İstismar en sık 7-13 yaş aralığında görülürken, kız çocuklar erkeklere göre daha fazla istismara uğramaktadır (3). Yapılan bir araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bulunan erkek çocukların ihmale uğrama riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (99).

Bebeğin planlanmamış, istenmeyen bir gebeliğin sonucu olması, ailenin istemediği cinsiyette doğması, sürekli ağlayan, uyku sorunları olan, huysuz bebekler, küçük, zayıf, hoş karşılanmayan bir görünümü olması, sağlık sorunları olan, fiziksel veya zihinsel olarak engelli çocuk, davranış sorunlarının bulunması

çocuğun kendisiyle ilişkili olan diğer nedenlerdir (22). Ailedeki çocuklar içinde ilk doğan çocuk ve üvey çocuklar diğerlerine göre daha fazla risk altındadır (34).

2.4.2. Aileyle İlgili Faktörler

- Anne-baba olmaya hazır hissetmeme, çocuk sahibi olmayı istememe
- Genç yaşta anne-baba olma
- Çocuk bakımı, büyütülmesi hakkında yeterli bilgi sahibi olmamak, kendisini yetersiz hissetmek
- Çocuktan yapabileceklerinden fazlasını beklemek
- Sert disiplin uygulamaları
- Ebeveynlerde psikiyatrik hastalık bulunması
- Ailede alkol ve uyuşturucu madde kullanımı
- Anne-babanın çocukluğunda istismar ve/veya ihmale uğramış olması
- Ailede bireyler arası iletişimin zayıf olması
- Aile içi şiddetin varlığı
- Çok çocuk sahibi olma
- Ebeveynlerin eğitim seviyesinin düşük olması
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Sosyal desteğin yetersiz olması
- Boşanma, işsizlik gibi kriz durumlarıyla başa çıkmada zorluk
- Tek ebeveyn olması
- Üvey ebeveyn bulunması

Çocuklarını istismar eden ebeveynler din, dil, ırk ayrımı yapmadan bütün kültürlerden, coğrafyalardan çıkabilmekte, o toplumların her sosyoekonomik sınıfında, farklı eğitim düzeyleri ve meslek gruplarında görülebilmektedir. Bununla birlikte bazı gruplar Çİİ uygulama potansiyeli açısından riskli olarak tanımlanmaktadır. Çocukların bakımından sorumlu olan genellikle kadınlar olduğu için çocuklar daha çok onlar tarafından istismar edilmektedir. İşsiz olan, çoğunlukla evde vakit geçiren babalar söz konusu olduğunda istismar daha çok babalar tarafından gerçekleştirilmektedir. Ebeveynlerin boşanması veya birinin vefat etmesi, sağlık sorunları, ekonomik sıkıntılar gibi olağanüstü durumlar geliştiğinde anne-babalar bunların üstesinden gelmeyi başaramayıp, öfkelerini çocuklarına yönelterek onları istismar edebilmektedir (48).

Henüz evliliğin sorumluluğunu kaldıramayacak, duygusal açıdan yeterli olgunluğa erişmedikleri küçük yaşlarda evlenen anne-babalar çocuk yetiştirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmamakta ve uygun davranışlarda bulunamamaktadır. Özellikle 13-19 yaşları arasında çocuk sahibi olan kadınlarda istismar riski daha fazladır (100). Evdeki çocuk sayısının fazla olması da aile için maddi sıkıntılar yaratmakta ve çocukların istismara uğrama riskini artırmaktadır (101). Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük, anne-babanın birinde veya her ikisinde alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı olan ailelerde fiziksel istismar ve ihmalle daha sık karşılaşılmaktadır (102,103). Ailede birbirine karşı şiddet uygulayan eşler söz konusu olduğunda çocuk istismarı görülme ihtimali de artmaktadır (104).

Anne-babaların çocuklarına karşı olan davranış ve tutumları istismar ve ihmal açısından son derece önemlidir. Bazı kültürlerde çocuğu terbiye etmek amacıyla onu dövmenin doğru olduğu, bunun çocuğun iyiliği için yapıldığı düşünülmektedir. Ancak bu tür uygunsuz disiplin uygulamaları da istismar olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca çocukluğunda fiziksel istismar öyküsü olan annelerin kendi çocuklarını 1,5 kat daha fazla istismar ettiği görülmektedir (105). Toplumsal rollere göre çoğu ailede ev işleri, çocuk bakımı gibi görevler anneye verilmektedir. Ailenin diğer üyeleri ve çevre tarafından anneye yeterli destek sağlanmadığı takdirde annenin çocuğuna istismar uygulama riski artmaktadır (23).

Ebeveynlerde kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı, tek ebeveyn olması veya üvey anne-baba bulunması gibi durumlar çocuk istismar ve ihmali açısından riskli kabul edilmektedir. Yapılan bir çalışmada iki çocuk istismarı vakası ele alınmış olup, bunlardan ilkinde babanın işsiz olduğu, ikincisinde ise üvey babanın varlığı dikkati çekmektedir. İki vakada da ailenin sosyoekonomik düzeyi düşüktür (33).

2.4.3. Çevresel ve Toplumsal Faktörler

- Yüksek işsizlik ve fakirlik oranları
- Yüksek suç oranı
- Kötü barınma koşulları
- Sosyal kaynakların yokluğu veya azlığı
- Toplumsal eşitsizlik
- Çocuğa gereken değerin verilmiyor olması

- Kültürel farklılıklar
- Kanunların caydırıcı olmaması
- Medya yoluyla şiddetin özendirilmesi

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun ve ailenin özelliklerinin yanı sıra çevresel ve toplumsal faktörlerden de etkilenmektedir. İşsizlik, fakirlik, kötü şartlarda yaşama veya beklenmedik bir şekilde değişen hayat standartları ebeveynler için stres sebebi olmaktadır. Stres düzeyi yüksek olan anne-babaların çocuklarıyla olan ilişkileri etkilenmekte ve bu anne-babalar çocuklarına karşı istismar davranışında bulunabilmektedir (18).

Çocuk istismar ve ihmali için risk oluşturan en önemli faktörlerden biri yoksulluktur. Bu aileler uygun olmayan koşullarda yaşamakta, çocuklar erken yaşlarda çalışmak zorunda kalmaktadır. İstismar mağduru olan çocukların ailelerine bakıldığında babaların önemli bir bölümünün işsiz olduğu görülmektedir (106).

Toplumların kültürel özellikleri istismar ve ihmal davranışlarına yaklaşımı etkilemektedir. Bazı toplumlarda özellikle kız çocuklarının evlendirilmesi, okula gönderilmemeleri, sünnet edilmeleri, değersiz görülmeleri, terbiye etmek amacıyla şiddet uygulanması gibi durumlar kültürel olarak kabul görebilmektedir. Ancak tüm bunlar istismar için risk oluşturmaktadır (107).

Toplumsal eşitsizlikler, kanunların istismar ve ihmali önlemede yetersiz kalması, çocuğa değer verilmemesi, şiddetin toplumda kabul görmesi, terör, savaşlar, göçler, sosyal ilişkilerin ve komşuluk bağlarının zayıf olması gibi faktörler de çocukların istismar ve ihmali için zemin hazırlamaktadır (108).

2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuk istismarı ve ihmali dünya çapında milyonlarca çocuğu etkileyen, çocukların fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimini bozan, sadece çocuk değil aile ve toplum açısından da olumsuz sonuçları olan tıbbi, hukuki ve sosyal bir sorundur. Çocuklar tehlikelere karşı kendilerini savunamadıkları için ailelere ve topluma çocukları korumak adına önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları ve öğretmenler gibi çocuklarla yakın ilişkide olan meslek gruplarının bilinçlendirilmesi istismar ve ihmalin önlenmesinde çok önemlidir.

Çocukların istismar ve ihmalden korunma önlemleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak üç basamak şeklinde ifade edilmektedir. Birincil koruma, istismar ve

ihmalin gelişmesini engelleme çalışmalarını, ikincil koruma Çİİ'ye maruz kalmış çocukların erken dönemde tanı ve tedavi girişimlerini, üçüncül koruma ise mağdur çocukların rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır. Çocuk istismar ve ihmali sonucu görülen ölümlerin %61'inin önlenebilir olduğu belirtilmektedir (69,109).

2.5.1. Birincil Koruma

Şiddetin her türlüsünün önlenmesini amaçlayan ve bütün çocukların korunmasına yönelik yapılan çalışmalar birincil koruma kapsamında ele alınmaktadır. Anne babalara aile planlama, çocuk yetiştirme konularında eğitim verilmesi, doğumdan önce ve sonra ailenin izlenmesi, sosyoekonomik açıdan zor koşullar altında bulunan ailelerin maddi olarak desteklenmesi bu aşamada yapılabilecek çalışmalardandır. Bu çalışmalar ile çocuk istismar ve ihmali için risk oluşturan durumların ortaya çıkışı engellenmek istenmektedir (1,9).

Birincil korumada, çocuk istismar ve ihmali konusunda toplumun tüm üyelerinin farkındalık kazanması amaçlanmaktadır. Düzenlenen aile, okul ve toplum temelli eğitim faaliyetleri bu amaca yöneliktir. Hekimler ve öğretmenler gibi çocuk istismarında kilit rol oynayan mesleklerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir (69,110).

2.5.2. İkincil Koruma

İkincil koruma hizmetleri, Çİİ açısından yüksek riskli görülen gruplarda risk faktörlerinin tespit edilerek ortadan kaldırılması amacıyla yapılan çalışmaları kapsamaktadır (69,111). İstismar ve ihmal mağduru olan çocukların erken dönemde tanınması, tedavisinin düzenlenmesi ve sonrasında takip edilmesi bu aşamada ele alınmaktadır. İstismar/ihmal tanısı atlanan çocuklarda tekrarlayan Çİİ olayları ve ölümler görülebilmektedir. Bu nedenle ikincil önleme çalışmalarında sağlık çalışanlarının Çİİ bulgularını tanıyabilmesi çok önemlidir (1).

2.5.3. Üçüncül Koruma

Çocuğun maruz kaldığı istismar veya ihmalin tekrarlanmasını önlemek, çocuğa verilen hasarın azaltılması için tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, çocuğun ölüm gibi ciddi sonuçlardan korunması amacıyla gerçekleştirilen uygulamalar üçüncül koruma olarak tanımlanmaktadır. Çİİ mağduru çocuklarla birlikte istismarı uygulayanların da rehabilitasyon çalışmaları kapsamına alınması

gerekmektedir. Üçüncül önleme yöntemlerinin kullanımına en güzel örnek Çocuk İzlem Merkezleridir (9,111).

8-18 yaş aralığında istismar ve ihmal kurbanı olan, fiziksel veya ruhsal sorunlar yaşayan, alkol-madde bağımlılığı bulunan, sokakta yaşayan kız çocuklarının tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması amacıyla Adana'da 2004 yılında Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi kurulmuştur. Bu merkez çocukların yaşadıkları olumsuz ortamdan çıkıp, uygun bir ortamda uzman kişiler tarafından tedavi ve rehabilitasyonunun sağlandığı, çocukların eğitimlerine devam edebildikleri, ülkemizde kurulan ilk rezidental tedavi merkezidir (112).

Çocukların istismar tanısı alması ve tıbbi tedavilerinin yapılması ne kadar önemliyse, istismar sonrası dönemde izlenerek, rehabilite edilmeleri de o kadar önemlidir. Çocuğun daha fazla zarar görmesinin önüne geçmek için istismar/ihmalin tekrarlanması engellenmelidir. Ülke çapında rezidental tedavi merkezlerinin sayısının artırılması gerekmektedir.

2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesinde Hekimlerin Rolü

Çocuk istismar ve ihmalinin sebep olduğu sorunlar ve bıraktığı kalıcı hasarlar göz önüne alındığında durumun ciddiyeti anlaşılabilmektedir. Çİİ, sadece çocuğu değil aile ve çevresini, toplumu da etkileyen önemli bir toplumsal ve sağlık sorunudur. Ancak tespit edilebilen vakalar yalnızca buz dağının görünen kısmını oluşturmaktadır.

Farkına varılmayan, gözden kaçırılan ya da önemsenmeyen istismar ve ihmal olayları sonrasında çocuğun zarar görme riskinde artış görülmektedir. Hekimler ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, sosyal hizmetler çalışanları veya kolluk kuvvetleri Çİİ bulguları ve risk faktörleri hakkında yeterli bilgiye ve tecrübeye sahip olmadıklarında mağdur olan çocuklar erken dönemde tanınmamakta, tedavi ve rehabilitasyon aşamaları gecikmekte ve bu çocuklarda gelişen hasarın boyutu artmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının istismar ve ihmalin belirtilerini tanıyabilmesi, bireysel, ailesel ve toplumsal düzeyde görülen risk faktörlerini bilmesi ve Çİİ şüphesi oluşan durumlarda adli bildirim yapılması son derece önemlidir (8).

Özellikle acil serviste görevli hekim ve hemşireler, çocuk hekimleri ve çocuk poliklinik ve servislerinde çalışan hemşireler, adli tıp uzmanları, aile hekimleri olmak üzere sağlık sisteminin her bir elemanı meslek yaşamı boyunca pek çok istismar-ihmal olayı ile karşılaşmaktadır. Bazı olgular konu hakkındaki bilgilerin yetersiz olması, aile

ilişkilerinin bozulması, kendisinin veya çocuğun zarar görmesinden korkma veya anne babanın kendi çocuğuna bilerek zarar verebileceğine inanmama nedeniyle atlanmaktadır. Çİİ vakalarının tanınması, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri yanında adli bildirimin yapılarak yasal sürecin başlatılması, risk altındaki diğer çocukların koruma altına alınması tıbbi, hukuki, sosyal ve vicdani bir sorumluluktur. 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanunu'na göre Çİİ ile karşılaşmış olan sağlık çalışanları bu olguları bildirmekle yükümlüdür. Ülkemizde polis, jandarma gibi kolluk kuvvetlerine, cumhuriyet savcılıklarına ve sosyal hizmetlere bildirim yapılabilmektedir. Bildirim yapmayan kişiler TCK'nın 279. maddesine göre altı aydan iki yıla kadar, 280. maddeye gereğince de bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (6,113).

Acil servislere veya polikliniklere getirilen ya da rutin izlemleri yapılan çocuklar şikayetleriyle ilişkili olmasa bile ihmal ve istismar bulguları açısından değerlendirilmelidir. Çocuk ve aile ile ilgili risk faktörlerinin varlığı araştırılarak, gerekli görülen durumlarda aileye çocuk bakımı hakkında eğitim verilmelidir. Çİİ şüphesi bulunan durumlarda, çocuk uygun ortamda, mümkünse ilgili uzmanlarca muayene edilmeli, tanı konulan olguların tedavisi hızlıca düzenlenerek adli bildirimde bulunulmalıdır. Çocuğun ailesiyle birlikte eve gönderildiğinde istismar ve ihmale uğrama riskinin olduğu düşünülüyorsa, hekim tarafından hastanede yatarak tedavi edilmesine karar verilebilir. Ailenin karşı çıkması durumunda mahkeme kararı çıkarılabilir. Adli olaylarla ilk karşılaşan hekimler genellikle pratisyen hekimler veya acil servislerde çalışan klinisyenler olmakta ve adli tıp uzmanları bu aşamada çoğu zaman çocuğu görememektedir. Bu nedenle Çİİ şüphesi bulunan olgular detaylı bir şekilde muayene edilmeli, bulgular ayrıntılı ve anlaşılır bir şekilde kayıt altına alınmalı, adli rapor tutularak gerekli kurumlara bildirilmelidir (114,115).

Çocuk istismar ve ihmali şüphesi olduğunda, sürecin doğru yönetilebilmesi açısından farklı disiplinlerin bir arada çalışması gerekmektedir. Hastanelerde bu olguların değerlendirildiği ve içerisinde çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk ruh sağlığı ve adli tıp uzmanları, sosyal hizmetler uzmanı ve hemşirenin bulunduğu Çocuk Koruma Birimleri kurulmaktadır. Bu birimlerde bir psikolog ve erişkin psikiyatrist de bulunabilmektedir. Ekipteki hekimler, hastanedeki çocuk hasta ile karşılaşan diğer branşlardaki hekimler ile temas halinde olmalı, belirli aralıklarla konu hakkında eğitimler düzenlenmelidir. Çİİ sadece tıbbi bir sorun olmamakla birlikte, sosyal ve

hukuki yönleri de bulunmaktadır. Bu nedenle hastanelerdeki Çocuk Koruma Birimleri, sosyal hizmet birimleri ve hukukçular ile birlikte çalışmalıdır (116,117).

Son yıllarda ülkemizde tıp eğitiminde ve mezuniyet sonrası mesleki eğitim programlarında Çİİ konusunda dersler yer almaktadır. Ancak Gölge ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada hekim, hemşire ve ebelerin %50'den fazlası Çİİ hakkında eğitim almış olmasına rağmen hekimlerin %86,5'i, hemşire ve ebelerin %90,6'sı bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin %70,9'u, hemşire ve ebelerin %54,3'ünün Çİİ şüphesi durumunda uygulamaları gereken yasal prosedürleri bilmediği görülmüştür (8). Bulgular göz önüne alındığında sağlık çalışanlarına verilen eğitimlerin sayısı kadar kalitesinin de önemli olduğu anlaşılmaktadır. Eğitimlerde karşılaşılabilecek Çİİ olaylarının tanı, tedavi, adli bildirim, koruma, rehabilitasyon gibi aşamaları uygulamalı olarak ele alınmalıdır. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programına göre; pratisyen hekimin bir çocuk istismar veya ihmal vakası ile karşılaştığında tanıyabilmesi, gerekli işlemlerin ardından uzman doktora yönlendirebilmesi, birinci basamakta çocuğu düzenli olarak kontrol edebilmesi ve tekrarlanabilecek Çİİ olaylarına karşı koruyucu önlemleri alabilmesi beklenmektedir (118).

2.7. Çocuk Hakları ve Çocuk İstismar ve İhmalinin Hukuki Boyutu

Çocuklar onları koruyan, haklarının tanımlandığı bir sistemde, güven içerisinde yaşamak isterler. Toplumların gelişmişlik düzeyini belirleyen parametrelerden birisi de çocuğa verilen değerdir. Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimlerinin sağlıklı olması açısından, çocukların yararına olan durumların hukuki metinler, kanunlar ile güvence altına alınması çocuk hakları olarak tanımlanmaktadır (119). Çocuk hakları konusunda toplumsal düzeyde farkındalık yaratılmalı, çocukların her türlü ihmal, istismar durumundan korunması için sosyal politikalar geliştirilmelidir.

İnsan hakları bağlamındaki bütün düzenlemeler çocuklar için de geçerli olmakla birlikte, çocukların korunmasına yönelik, yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun, özelleştirilmiş maddeler çocuklar için hazırlanan hukuki metinlerde daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi (1924) çocuk hakları konusundaki ilk uluslararası metinler arasındadır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS) Türkiye tarafından 1990

yılında imzalanmış, 1995 yılında da yürürlüğe girmiştir. Uluslararası bir metin olan ÇHS, Türk yargı sisteminde kanun hükmü taşımaktadır. Hatta kanunlar ile sözleşme maddeleri arasında aykırılık olması durumunda sözleşmeye göre hüküm verilmektedir (120).

2005 yılında yürürlüğe girmiş olan Yeni Türk Ceza Kanunu'nda çocuk istismar ve ihmali ile ilgili maddeler yer almaktadır. Çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarına yönelik suç tanımlamaları yapılmıştır. Çocuğun uzun süre bir odada kapalı tutulması, vücudunda sigara söndürülmesi gibi ciddi istismar davranışları (TCK Madde 86, 94, 96, 109), çocuğun beslenmesinin engellenmesi, aç bırakılması, uygun olmayan koşullarda çalışmaya zorlanması ve benzeri şekilde uygulanan kötü muameleler (TCK Madde 232) fiziksel istismar kapsamında ele alınabilen suçlardır. Ailenin çocuğun bakım, eğitim gibi ihtiyaçlarını karşılamaması (TCK Madde 233), çocuğun kaçırılması ve zorla bir yerde tutulması (TCK Madde 234), çocuğa dilencilik yaptırılması (TCK Madde 229) şeklindeki maddeler duygusal istismar durumunda verilecek cezalar ile ilgilidir. Çocuğun cinsel olarak istismar edilmesi (TCK Madde 103), on sekiz yaşından küçük, henüz reşit olmayan çocukla cinsel ilişkiye girmek (TCK Madde 104), müstehcen davranışlarda bulunmak (TCK Madde 226), çocuğa fuhuş yaptırmak veya buna aracılık etmek (TCK Madde 227) şeklinde tanımlanan suçlar ise cinsel istismar suçları içerisine girmektedir (121).

Ülkemizde, Avrupa Birliği uyum süreci içerisinde çıkarılan Çocuk Koruma Kanunu, Türk Ceza Kanunu, 4320 sayılı Yasa ve Aile Mahkemeleri, Ceza Muhakemesi Kanunu gibi yasalar ile Çİİ konusunda önemli adımlar atılmıştır. Türk Medeni Kanunu'nda dolaylı da olsa çocuk istismar ve ihmalinden bahsedilmektedir. İş Kanunu'nda çocukların çalışma şartları, ekonomik istismarın engellenmesine yönelik hükümler yer almaktadır (3). Çocukların yaşlarına, gelişim düzeylerine uygun olmayan, ağır işlerde çalıştırılamayacağı Anayasamızın 50. Maddesinde de belirtilmiştir (20).

Türkiye'de çocuk hakları konusunda önemli adımlar atılmaktadır. Ancak sadece yasal düzenlemeler yapılması, cezaların ağırlaştırılması sorunun çözümünde yeterli olmayacaktır. Çocuk istismarı ve ihmali ve çocuk hakları konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, risk faktörlerinin saptanarak, kötü muameleye zemin hazırlayan

durumların ortadan kaldırılması gerekmektedir. Çocukların sahip oldukları haklar hususunda eğitilmesi de son derece önemlidir.

TÜRK CEZA KANUNU (TCK)

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu 26.09.2004 tarihinde TBMM'de kabul edildikten sonra, 01.06.2005 tarihinde yürürlülüğe girmiştir (122).

Çocuklara yönelik işlenen suçlar:

- TCK madde 76/e 'Soykırım Suçu'
- TCK madde 77/f 'İnsanlığa Karşı Suçlar'
- TCK madde 80/3 'Çocuk Ticareti Suçu'
- TCK madde 82/d-e 'Kasten Öldürme Suçu'
- TCK madde 90.3 'Çocuklar Üzerinde Deney Suçu'
- TCK madde 94/2-a 'Çocuğa İşkence Suçu'
- TCK madde 95/1-e,2-e 'Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış İşkence Suçu'
- TCK madde 96 'Eziyet Suçu'
- TCK madde 97 'Terk Suçu'
- TCK madde 98 'Yardım ve Bildirim Yükümlülüğünün Yerine Getirilmemesi'
- TCK madde 99/6 'Çocuk Düşürtme Suçu'
- TCK madde 103 'Çocukların Cinsel İstismarı Suçu'
- TCK madde 104 'Reşit Olmayanla Cinsel İlişki Suçu'
- TCK madde 109 'Hürriyetten Yoksun Bırakma Suçu'
- TCK madde 112 'Eğitim ve Öğrenimin Engellenmesi Suçu'
- TCK madde 149/e 'Çocuğa Karşı Nitelikli Yağma Suçu'
- TCK madde 226 'Müstehcenlik Suçu'
- TCK madde 227 'Fuhuş Suçu'
- TCK madde 228 'Çocuklara Kumar Oynatmak'
- TCK madde 229 'Dilencilik Suçu'
- TCK madde 231 'Çocuğun Soy Bağını Değiştirme Suçu'
- TCK madde 232 'Kötü Muamele Suçu'
- TCK madde 233 'Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali Suçu'
- TCK madde 234 'Çocuğun Kaçırılması ve Alıkonulması Suçu'
- TCK madde 263 'Kanuna Aykırı Eğitim Kurumu Suçu'

- TCK madde 278 ‘Suçu Bildirmeme Suçu’
- TCK madde 279 ‘Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi Suçu’
- TCK madde 280 ‘Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu’

TÜRK MEDENİ KANUNU (TMK)

01.01.2002 tarihinde yürürlüğe giren, 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’nun 346-349. maddelerinde çocuğun korunmasına dair düzenlemeler yer almaktadır (123,124).

Çocuklar hakkındaki Medeni Kanun maddeleri:

- TMK madde 28 ‘Kişiliğin Başlangıcı ve Sonu’
- TMK madde 323-324 ‘Çocuk ile Kişisel İlişki’
- TMK madde 327-328 ‘Çocukların Bakım ve Eğitim Giderlerini Karşılama’
- TMK madde 346 ‘Çocuğun Korunması’
- TMK madde 347 ve 350 ‘Çocukların Yerleştirilmesi’dir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.07.2020 tarih ve HNEAH-KAEK 2020/148 karar nolu izniyle başlanmıştır (Ek-1).

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızın amacı, çocuk istismarı ve ihmalinin tanısında ve önlenmesinde önemli rolü olan ve klinik branşlarda çalışan kadın hekimlerin, konu hakkındaki bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik faktörleri belirlemek ve bu konudaki farkındalıklarının artırılmasına yardımcı olmak amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Kadın hekimlerin, Çİİ konusundaki bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını değerlendirmek amacı ile yapılmış olan karşılaştırmalı nitelikler taşıyan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, internette 22.000 civarında üyesi bulunan Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) Grubu üyeleri ile 1 Mart-1 Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, klinik branşlarda çalışan, poliklinik ve servislerde çocuk hastalar ile karşılaşma ihtimali olan, çalışmaya katılmaya gönüllü, anket ve ölçekleri eksiksiz bir şekilde dolduran, Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) Grubu üyesi olan kadın hekimler oluşturmaktadır. KAHEV'e üye olmak isteyen kişiler hekim olduklarının doğrulanabilmesi için tıp fakültesi diplomalarını ya da hekim olduklarını ispatlayan kurum kimlik kartlarını sunarak üye olabilmektedir. KAHEV'in internette 22.000 civarında üyesi bulunmaktadır. Power Analizi kullanılarak örneklem sayısı %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığı içinde 377 olarak saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Hipotezi

H0: Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyi, sosyo-demografik özellikleriyle ilişkili değildir.

H1: Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyi, sosyo-demografik özellikleriyle ilişkilidir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Çİİ konusunda hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek sorularına verdikleri doğru yanıtlardan oluşturulan genel bilgi puanı ve altı alt bölümdeki bilgi puanları bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, mezuniyet öncesi ve sonrası Çİİ konusunda eğitim alma durumları ve yeterliliği, daha önce Çİİ olgusu ile karşılaşma durumları, karşılaşılan durumlarda zorlanılan konular, çalışılan kurumda Çİİ' ne yönelik prosedür varlığı ve yeterliliği, Çİİ olgusu ve şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları ve bildirim yapanların nasıl bir bildirim yapacaklarına yönelik verdikleri cevaplar bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

3.7. Veri Toplama Aracı

KAHEV Grubu üyelerine 1 Mart-1 Nisan 2020 tarihleri arasında araştırmanın amacı anlatılarak katılmaları için internet ortamından çağrı yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve ölçekleri eksiksiz dolduran 381 hekimin verileri değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma, 29 soruluk Sosyodemografik Bilgi Formu ve 67 sorudan oluşan Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Bakınız Ek-2).

Veri toplama bölümünün ilk bölümünde, hekimlerin demografik özellikleri, çocuk istismarı ve ihmali konusundaki görüş ve yaklaşımlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise; Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek kullanılmış olup, bu ölçek Aynur Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Toplam 67 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Birinci bölümde, araştırmaya katılan hekimlerin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, mezuniyet öncesi ve sonrası Çİİ konusunda eğitim alma durumları ve yeterliliği, daha önce Çİİ olgusu ile karşılaşma durumları, karşılaşılan durumlarda zorlanılan konular, çalışılan kurumda Çİİ' ne yönelik prosedür varlığı ve yeterliliği, Çİİ olgusu ve şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları ve

bildirim yapanların nasıl bir bildirim yapacaklarına yönelik verdikleri cevapların saptanması amacıyla araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelemesi sonucunda hazırlanan 29 soru bulunmaktadır.

3.7.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek

Araştırmaya katılan kadın hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla Aynur Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olan Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek formu kullanılmıştır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği, beşli Likert tipi derecelendirme kullanılarak hazırlanmış olan 67 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerde "hiç doğru değil=1 puan", "pek doğru değil=2 puan", "kararsızım=3 puan", "oldukça doğru=4 puan" ve "çok doğru=5 puan" şeklinde puanlama yapılmıştır. S3, S5, S8, S10, S12, S14, S16, S27, S28, S30, S32, S34, S41, S42, S46, S49, S54, S56, S59, S61 ve S63 numaralı maddeler olumsuz olup, bu maddelere verilen yanıtlar ters kodlanarak hesaplanmıştır (Uysal,1998).

Uysal (1998) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik araştırmasına göre ölçek geneline ilişkin Cronbach alfa değeri 0,92 saptanırken, alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa değerleri ise 0,59 ile 0,86 arasında değişmektedir. Analiz sonuçlarına göre ölçek güvenilir bulunmuştur.

Ölçekte tüm soruların doğru bir şekilde yanıtlanması durumunda 335 puan alınmaktadır. Puan ortalamaları 5'e yaklaştırıldığında 3 puan ve üzeri alan kişilerin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu kabul edilmektedir.

Ölçek 6 alt gruptan oluşmaktadır:

1. İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri- 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-15-16-17-18-19-20 sorular.
2. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri- 21-22-23-24-25-26-27 sorular.
3. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri- 14-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-67 sorular.
4. İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri- 42-43-44-45-46-47-48-49-50-55-60-66 sorular.
5. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri- 41-51-52-53-54-56 sorular.

6. Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler- 57-58-59-61-62-63-64-65 sorular.

Anket formunun başlangıcında verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve anketi dolduranların gönüllü olarak kabul edileceği belirtilmiştir. Anket formunda anlaşılmayan noktalar olduğu durumlarda internet üzerinden gönüllüler ile görüşülmüş ve bilgi verilmiştir.

3.8. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

1.Kadın hekim olmak

2.Hekim olarak poliklinik ve serviste hasta muayene etmek ve/veya hastanın tedavisini düzenliyor olmak

3.Poliklinik ve servis hizmetlerinde çocuk hasta ile karşılaşma ihtimali olmak

4.Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) isimli Facebook grubuna üye olmak

5.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

6.Anket ve ölçekleri eksiksiz doldurmak.

3.9. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

1. Kadın hekim olmamak

2.Hekim olarak poliklinik ve serviste hasta muayene etmemek ve/veya hastanın tedavisini düzenlememek (Bu bağlamda temel tıp bilimleri ve radyoloji hekimleri çalışma dışı bırakılmıştır.)

3.Poliklinik ve servis hizmetlerinde çocuk hasta ile karşılaşma ihtimali olmamak

4.Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) isimli Facebook grubuna üye olmamak

5.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

6.Anket ve ölçekleri eksik doldurmak.

3.10.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway 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. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

Çalışma, internette 22.000 civarında üyesi bulunan Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) Grubu üyesi olan kadın hekimler ile 1 Mart-1 Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya, 219'u (%57,5) asistan, 111'i (%29,1) uzman, 45'i (%11,8) pratisyen, 6'sı (%1,6) öğretim üyesi olmak üzere 381 kadın hekim katılmıştır. Katılımcıların yaşları 24 ile 54 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 31.83±6.18'dir. Yaş gruplarına göre dağılımda; 24-29 yaş arası 186 kişi (%48,8), 30-39 yaş arası 148 kişi (%38,8) ve 40 yaş ve üzeri 47 kişi (%12,3) bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin 159'u (%41,7) bekar, 222'si (%58,3) evlidir. Katılımcıların 140'ı (%36,7) çocuk sahibi iken, 241'inin (%63,3) çocuğu yoktur.

Branşlarına göre dağılımlarına bakıldığında, çalışmaya katılanların 128'i (%33,6) aile hekimliği asistanı veya uzmanı olarak çalışırken, 64'ü (%16,8) çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlarda, 45'i (%11,8) pratisyen veya aile hekimi olarak, 144'ü (%37,8) diğer branşlarda çalışmaktadır. Katılımcıların 170'i (%44,6) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, 63'ü (%16,5) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında, 74'ü (%19,4) Üniversite Hastanelerinde, 41'i (%10,8) Devlet Hastanelerinde, 12'si (%3,1) Şehir Hastanelerinde, 9'u (%2,4) Özel hastane veya özel tıp merkezinde çalışırken, 8'i (%2,1) diğer kurumlarda çalışmakta, 4'ü (%1) ise şu an çalışmamaktadır.

Çalışmaya katılanların 30'unun (%7,9) görev yaptığı süre 1 yıl ve altında iken, 200'ü (%52,5) 1-5 yıl, 70'i (%18,4) 5-10 yıl, 81'i (%21,2) 10 yıl ve üzerinde bir süredir hekimlik yapmaktadır.

Çalışmaya katılan kadın hekimlere ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		24-54	31,83±6,18
		n	**%**
Yaş grup	**24-29 yaş**	186	48,8
	30-39 yaş	148	38,8
	40 yaş ve üstü	47	12,3
Medeni durum	**Evli**	222	58,3
	Bekar	159	41,7
Ünvan	**Pratisyen hekim**	45	11,8
	Asistan hekim	219	57,5
	Uzman hekim	111	29,1
	Öğretim üyesi	6	1,6
Branş	**Aile hekimliği asistanı/Aile hekimliği uzmanı**	128	33,6
	Çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlar	64	16,8
	Pratisyen/Aile hekimi	45	11,8
	Diğer branşlar	144	37,8
Görev yapılan kurum	**Sağlık Bakanlığı Hastanesi (Devlet Hastanesi)**	41	10,8
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	170	44,6
	Şehir Hastanesi	12	3,1
	Üniversite Hastanesi	74	19,4
	1.Basamak Sağlık Kuruluşu (ASM, TSM)	63	16,5
	Özel Hastane/Özel Tıp Merkezi	9	2,4
	Diğer	12	3,1
Görev süresi (yıl)	**≤1 yıl**	30	7,9
	1-5 yıl	200	52,5
	5-10 yıl	70	18,4
	10 yıldan fazla	81	21,2

Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin 140'ı (%36,7) çocuk sahibi olup; 85(%60,7) hekimin bir çocuğu, 47 (%33,6) hekimin iki çocuğu, 8 (%5,7) hekimin de üç çocuğu bulunmaktadır. Hekimlerin 48'i (%34,3) sadece kız çocuk, 60'ı (%42,9) sadece erkek çocuk, 32'si (%22,9) hem kız hem erkek çocuk sahibidir. Hekimlerin 97'sinin (%69,3) en küçük çocuğu 0-5 yaş aralığında iken, 21 (%15) hekimin en küçük çocuğu 5-10 yaş aralığında, 11 (%7,9) hekimin en küçük çocuğu 10-15 yaş, 11 (%7,9) hekimin en küçük çocuğu 15 yaş ve üzerindedir. 71 (%50,7) hekimin en büyük çocuğu 0-5 yaş aralığında iken, 39 (%27,9) hekimin en büyük çocuğu 5-10 yaş aralığında, 15

(%10,7) hekimin en büyük çocuğu 10-15 yaş aralığında ve yine 15 (%10,7) hekimin en büyük çocuğu 15 yaş ve üzerindedir.

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin çocukları ile ilgili bilgilerin dağılımı Tablo 4.2 ve 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.2. Hekimlerin çocukları ile ilgili bilgilerin dağılımı

		n	%
Çocuk varlığı	**Evet**	140	36,7
	Hayır	241	63,3
Çocuk cinsiyet (n=140)	**Kız**	48	34,3
	Erkek	60	42,9
	Kız ve Erkek	32	22,9
En küçük çocuk yaşı (n=140)	**0-5 yaş**	97	69,3
	5-10 yaş	21	15
	10-15 yaş	11	7,9
	15 yaş ve üstü	11	7,9
En büyük çocuk yaşı (n=140)	**0-5 yaş**	71	50,7
	5-10 yaş	39	27,9
	10-15 yaş	15	10,7
	15 yaş ve üstü	15	10,7
Çocuk sayısı (n=140)	**1**	85	60,7
	2	47	33,6
	3	8	5,7

Tablo 4.3. Hekimlerin 1.çocuk, 2.çocuk ve 3.çocukları ile ilgili cinsiyet ve yaş bilgilerinin dağılımı

		1.çocuk (n=138)	2.çocuk (n=54)	3.çocuk (n=8)
Çocuk cinsiyet $_{n\ (\%)}$	**Erkek**	76 (%54,7)	29 (%53,7)	5 (%62,5)
	Kız	63 (%45,3)	25 (%46,3)	3 (%37,5)
		1.çocuk (n=140)	**2.çocuk (n=55)**	**3.çocuk (n=8)**
Çocuk yaş $_{n\ (\%)}$	**0-5 yaş**	72 (%51,4)	34 (%61,8)	4 (%50)
	5-10 yaş	38 (%27,1)	9 (%16,4)	3 (%37,5)
	10-15 yaş	15 (%10,7)	7 (%12,7)	1 (%12,5)
	15 yaş ve üstü	15 (%10,7)	5 (%9,1)	

Çalışmaya katılan hekimlerin tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim alma ve yeterlilik durumları ile ilgili görüşleri Tablo 4.4'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan 202 (%53) hekim tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim aldığını, 179 (%47) hekim ise tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim almış olanların 66'sı (%32,7) verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünürken, 133'ü (%65,8) eğitimi yetersiz bulmuş, 3'ü (%1,5) fikrini belirtmemiştir.

Katılımcıların istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik durumları sorulduğunda 4'ü (%1) bu konuda kendisini çok iyi olarak nitelendirirken, 62'si (%16,3) iyi, 254'ü (%66,7) orta, 57'si (%15) kötü, 4'ü (%1) çok kötü olarak ifade etmiştir. Hekimlere istismar ile ihmal ayrımını yapıp yapamayacakları sorulmuş ve 171 (%44,9) hekim evet, 29 (%7,6) hekim hayır cevabı vermiş, 181'i (%47,5) kararsız kalmıştır. Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar olarak kabul edilip edilemeyeceği sorulduğunda hekimlerin 318'i (%83,5) evet, 63'ü (%16,5) hayır cevabı vermiştir. Katılımcılardan istismar tanımına uymayan seçeneği işaretlemeleri istenmiş ve seçeneklerden birinde ihmalin tanımı yapılmışken, hekimlerin 352'si (%92,4) doğru, 29'u (%7,6) yanlış cevap vermiştir.

Tablo 4.4. Hekimlerin Çİİ Hakkında Eğitim Alma ve Yeterlilik Durumları ile İlgili Değerlendirilmesi

		n	%
İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu	**Evet**	202	53
	Hayır	179	47
Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu (n=202)	**Evet**	66	32,7
	Hayır	133	65,8
İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi	**Çok iyi**	4	1
	İyi	62	16,3
	Orta	254	66,7
	Kötü	57	15
	Çok kötü	4	1
İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumu	**Evet**	171	44,9
	Hayır	29	7,6

	Kararsız	181	47,5
Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar kabul edilme durumu	**Evet, istismardır**	318	83,5
	Hayır, istismar değildir	63	16,5
Aşağıdakilerden hangisi bir istismar tanımı değildir?	**Çocuğun ebeveynleri ya da bakmakla yükümlü kimselerin kasıtlı eylemleri sonucunda fiziki zarar görmesi ya da buna müsaade edilmesi.**	18	4,7
	Çocuğa bağırmak, ağır cezalar vererek psikolojik açıdan zarar vermek, çocuğu küçümsemek, aşağılamak.	8	2,1
	Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılamaması sonucu çocuğun gelişiminin olumsuz etkilenmesi.	352	92,4
	Çocuğun cinsel bir obje olarak kullanılması veya kullanılmasına göz yumulması.	3	0,8

Katılımcıların öz geçmiş ve soy geçmişlerinde istismar-ihmal öyküsü varlığı açısından değerlendirilmesi Tablo 4.5'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 92'si (%24,1) çocukken istismar veya ihmale uğradığını ifade ederken, 289'u (%75,9) istismar veya ihmale uğramamıştır. Katılımcıların 78'inde (%20,5) ailede istismar/ihmal öyküsü bulunurken, 303'ünün (%79,5) ailesinde istismar/ihmal öyküsü bulunmamaktadır.

Tablo 4.5. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Öz Geçmiş ve Soy Geçmişlerinde Çİİ Öyküsü Varlığı Açısından Değerlendirilmesi

		n	**%**
Çocukken istismara ya da ihmale uğrama durumu	**Evet**	92	24,1
	Hayır	289	75,9
Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olma durumu	**Evet**	78	20,5
	Hayır	303	79,5

Hekimlerin meslek yaşamlarında istismar-ihmal ile karşılaşma durumları, karşılaşılan istismar türleri ve karşılaştıkları istismar-ihmal vakalarında en çok zorlandıkları konu ile ilgili görüşleri Tablo 4.6'da verilmiştir.

Hekimlerin 264'ü (%69,3) meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakası ile karşılaşırken, 117'si (%30,7) istismar/ihmal vakası ile karşılaşmamıştır. İstismar ve/veya ihmal vakası ile karşılaşan hekimlerin 186'ü (%70,5) fiziksel istismar, 136'ü (%51,5) duygusal istismar, 133'si (%50,4) cinsel istismar, 56'i (%21,2) ekonomik istismar ve 163'si (%61,7) ihmal vakası ile karşılaşmıştır. Yanıtlara bakıldığında 87

(%32,9) hekim ihmal veya bir istismar türü ile karşılaşırken, 173 (%65,5) hekimin en az iki farklı istismar-ihmal türü ile karşılaştığı görülmektedir. Karşılaştıkları istismar-ihmal vakalarında katılımcıları en çok zorlandıkları konunun ne olduğu sorulduğunda, hekimlerin 99'u (%33,8) ilgili kurumlara rapor etme, 83'ü (%28,3) öykü alma, 59'u (%20,1) ebeveynlerin tepkisi, 25'i (%8,5) fizik muayene, 22'si (%7,5) tanı koyma, 5'i (%1,7) kayıt tutma olarak yanıt vermiştir.

Tablo 4.6. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslek Yaşamlarında Çİİ ile Karşılaşma Durumları, Karşılaşılan İstismar Türleri ve "Görev alanında karşılaşılan vakalarda hangi aşamalarda zorlanıldığı" Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımları

		n	%
Meslek hayatınızda istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu	**Evet**	264	69,3
	Hayır	117	30,7
Karşılaşılan istismar tipi (n=264)	**Fiziksel istismar**	186	70,5
	Cinsel istismar	133	50,4
	Duygusal istismar	136	51,5
	Ekonomik istismar	56	21,2
	İhmal	163	61,7
Görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımlar (n=293)	**Öykü alma**	83	28,3
	Fizik muayene	25	8,5
	Tanı koyma	22	7,5
	Kayıt	5	1,7
	İlgili kurumlara rapor etme / Yasal süreç	99	33,8
	Ebeveynlerin tepkisi	59	20,1

Çalışmamızda hekimlerin yaş gruplarına, medeni duruma, unvanlara, branşa, görev süresine, çocuk varlığına ve istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumuna göre meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu değerlendirilmiştir (Tablo 4.7).

Yaş grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.021; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; yaşları 24-29 arasında değişmekte olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%62,9), yaşları 30-39 arasında değişen gruptan (%77) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.005; $p<0.05$). Diğer yaş grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası

veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hekimlerin medeni durumlarına göre meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları değerlendirildiğinde dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hekimlerin unvanları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Branş grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.000$; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; branşı çocuk hastalıkları ile ilişki olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%96,9), Aile hekimliği asistanı/aile hekimliği uzmanı olan (%60,9), Pratisyen/aile hekimi olan (%77,8) ve diğer branşlardan olan (%61,8) gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p_1:0.000$; $p_2:0.002$; $p_3:0.000$; $p<0.05$). Diğer branş grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Görev süresi 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; görev süresi 1 yıl ve altında olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%46,7), görev süresi 5-10 yıl arasında olan (%78,6) ve 10 yıldan fazla olan (%76,5) gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p_1:0.003$; $p_2:0.005$; $p<0.05$). Diğer görev süresi grupları arasında meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları değerlendirildiğinde dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamızda, istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%79,7), eğitim almayanlardan (%57,5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.000; p<0.05).

Tablo 4.7. Yaş Gruplarına, Medeni Duruma, Unvana, Branşa, Görev Süresine, Çocuk Varlığına ve İstismar ve İhmal ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Meslek Hayatında İstismar/İhmal Vakası veya Şüphesi ile Karşılaşma Durumunun Değerlendirilmesi

		Meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu		p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Yaş grup	**24-29 yaş**	117 (%62,9)	69 (%37,1)	[1]**0,021***
	30-39 yaş	114 (%77)	34 (%23)	
	40 yaş ve üstü	33 (%70,2)	14 (%29,8)	
Medeni durum	**Evli**	156 (%70,3)	66 (%29,7)	[1]**0,625**
	Bekar	108 (%67,9)	51 (%32,1)	
Unvan	**Pratisyen hekim**	35 (%77,8)	10 (%22,2)	[2]**0,554**
	Asistan hekim	149 (%68)	70 (%32)	
	Uzman hekim	75 (%67,6)	36 (%32,4)	
	Öğretim üyesi	5 (%83,3)	1 (%16,7)	
Branş	**Aile hekimliği/Aile hekimliği uzmanı**	78 (%60,9)	50 (%39,1)	[1]**0,000***
	Çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlar	62 (%96,9)	2 (%3,1)	
	Pratisyen/Aile hekimi	35 (%77,8)	10 (%22,2)	
	Diğer branşlar	89 (%61,8)	55 (%38,2)	
Görev süresi (yıl)	**≤1 yıl**	14 (%46,7)	16 (%53,3)	[1]**0,005***
	1-5 yıl	133 (%66,5)	67 (%33,5)	
	5-10 yıl	55 (%78,6)	15 (%21,4)	
	10 yıldan fazla	62 (%76,5)	19 (%23,5)	
Çocuk varlığı	**Evet**	102 (%72,9)	38 (%27,1)	[1]**0,250**
	Hayır	162 (%67,2)	79 (%32,8)	
İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu	**Evet**	161 (%79,7)	41 (%20,3)	**0,000***
	Hayır	103 (%57,5)	76 (%42,5)	

[1]*Ki-Kare Test* [2]*Fisher Freeman Halton Test* **p<0.05*

Çalışmamızda hekimlerin yaş gruplarına, medeni duruma, unvanlara, branşa, görev süresine, çocuk varlığına ve istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumuna göre görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların değerlendirilmesi Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Yaş grupları arasında görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Hekimler medeni durumlarına göre, görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların dağılım oranları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Hekimlerin unvanları arasında görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Branş grupları arasında görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Görev süresi grupları arasında görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çocuğu olanlar ve olmayanlar arasında görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımların dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların görev alanında ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç kısmında zorlanma oranı (%39,6), eğitim almayanlardan (%25,8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.022; p<0.05).

Tablo 4.8. Yaş Gruplarına, Medeni Duruma, Unvana, Branşa, Görev Süresine, Çocuk Varlığına ve İstismar ve İhmal ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Görev Alanında Karşılaşılan Vakalarda Zorlayan Kısımların Değerlendirilmesi

		Görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımlar						p
		Öykü alma	Fizik muayene	Tanı koyma	Kayıt	İlgili kurumlara rapor etme / Yasal süreç	Ebeveynlerin tepkisi	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş grup	24-29 yaş	33 (%23,4)	15 (%10,6)	9 (%6,4)	5 (%3,5)	49 (%34,8)	30 (%21,3)	0,137
	30-39 yaş	43 (%36,8)	7 (%6)	11 (%9,4)	0 (%0)	36 (%30,8)	20 (%17,1)	

	40 yaş ve üstü	7 (%20)	3 (%8,6)	2 (%5,7)	0 (%0)	14 (%40)	9 (%25,7)	
Medeni durum	**Evli**	47 (%27,2)	11 (%6,4)	14 (%8,1)	3 (%1,7)	56 (%32,4)	42 (%24,3)	**0,254**
	Bekar	36 (%30)	14 (%11,7)	8 (%6,7)	2 (%1,7)	43 (%35,8)	17 (%14,2)	
Unvan	**Pratisyen hekim**	13 (%34,2)	2 (%5,3)	3 (%7,9)	1 (%2,6)	9 (%23,7)	10 (%26,3)	**0,845**
	Asistan hekim	47 (%27,8)	17 (%10,1)	12 (%7,1)	4 (%2,4)	55 (%32,5)	34 (%20,1)	
	Uzman hekim	22 (%27,2)	6 (%7,4)	7 (%8,6)	0 (%0)	33 (%40,7)	13 (%16)	
	Öğretim üyesi	1 (%20)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%40)	2 (%40)	
Branş	**Aile hekimliği/Aile hekimliği uzmanı**	22 (%22,4)	11 (%11,2)	9 (%9,2)	2 (%2)	35 (%35,7)	19 (%19,4)	**0,056**
	Çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlar	9 (%14,5)	6 (%9,7)	4 (%6,5)	0 (%0)	24 (%38,7)	19 (%30,6)	
	Pratisyen/Aile hekimi	13 (%34,2)	2 (%5,3)	3 (%7,9)	1 (%2,6)	9 (%23,7)	10 (%26,3)	
	Diğer branşlar	39 (%41,1)	6 (%6,3)	6 (%6,3)	2 (%2,1)	31 (%32,6)	11 (%11,6)	
Görev süresi (yıl)	**≤1 yıl**	9 (%56,3)	2 (%12,5)	1 (%6,3)	0 (%0)	0 (%0)	4 (%25)	**0,101**
	1-5 yıl	37 (%24)	14 (%9,1)	11 (%7,1)	5 (%3,2)	52 (%33,8)	35 (%22,7)	
	5-10 yıl	21 (%36,2)	4 (%6,9)	3 (%5,2)	0 (%0)	23 (%39,7)	7 (%12,1)	
	10 yıldan fazla	16 (%24,6)	5 (%7,7)	7 (%10,8)	0 (%0)	24 (%36,9)	13 (%20)	
Çocuk varlığı	**Evet**	33 (%30)	9 (%8,2)	10 (%9,1)	0 (%0)	35 (%31,8)	23 (%20,9)	**0,543**
	Hayır	50 (%27,3)	16 (%8,7)	12 (%6,6)	5 (%2,7)	64 (%35)	36 (%19,7)	
İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu	**Evet**	39 (%23,1)	12 (%7,1)	9 (%5,3)	3 (%1,8)	67 (%39,6)	39 (%23,1)	**0,022***
	Hayır	44 (%35,5)	13 (%10,5)	13 (%10,5)	2 (%1,6)	32 (%25,8)	20 (%16,1)	

Ki-Kare Test *$p<0.05$

Çalışmaya katılan hekimlerin istismar-ihmal vakası ile karşılaşmaları halinde bildirimde bulunma durumları, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili prosedür varlığı ve bu prosedürün düzgün işleyip işlemediği ile ilişkili katılımcıların görüşleri Tablo 4.9'da verilmiştir.

Katılımcıların 364'ü (%95,5) istismar-ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını ifade ederken, 17'si (%4,5) bildirim yapmayacağını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 113'ü (%29,7) çalıştıkları kurumda Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek prosedürün olduğunu, 64'ü (%16,8) herhangi bir prosedür olmadığını belirtmiş, 204'ü (%53,5) ise kararsız kalmıştır. Kurumlarında Çİİ prosedürü bulunan hekimlere bu prosedürün düzgün işleyip işlemediği sorulduğunda 71'i (%62,8) düzgün işlediğini, 7'si (%6,2) düzgün bir şekilde işlemediğini ifade etmiş ve 35'i (%31) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.9. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ ile Karşılaşmaları Halinde Bildirimde Bulunma Dağılımları ve Çalıştıkları Kurumda Olası Çocuk İstismarı Durumunda Uygulanması Gereken Standart Prosedürler Konusundaki Farkındalıkları

		n	%
Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu	**Evet**	364	95,5
	Hayır	17	4,5
Kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında uygulanan prosedür mevcut olma durumu	**Evet**	113	29,7
	Hayır	64	16,8
	Kararsız	204	53,5
Prosedürün düzgün bir şekilde işleme durumu	**Evet**	71	62,8
	Hayır	7	6,2
	Kararsız	35	31

Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşmaları halinde bildirim yapacağını ifade eden hekimlerin nasıl bildirim yapmayı düşündüğü Tablo 4.10'da verilmiştir.

Bildirim yapmayı düşünenlere nasıl bildirim yapacağı sorulduğunda, 159'u (%43,7) adli rapor tutacağını, 90'ı (%24,7) polis çağıracağını, 44'ü (%12,1) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na, 28'i (%7,7) sosyal hizmetlere haber vereceğini, 23'ü (%6,3) Cumhuriyet Savcılığına, 3'ü (%0,8) İlçe Sağlık Müdürlüğüne bildireceğini, 17'si (%4,7) de diğer yolları kullanacağını belirtmiştir.

Katılımcıların 259'u (%68) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın istismar bildirimi yapılabilen, 183 olan çağrı merkezi numarasını bilirken, 122'si (%32) soruya yanlış cevaplar vermiştir.

Tablo 4.10. Çocuk İstismarı Olgusu veya Şüphesi ile Karşılaşmaları Halinde Bildirim Şekillerinin Dağılımı

		n	%
Bildirim yapma şekli (n=364)	Adli rapor yazarım	159	43,7
	Polis çağırırım	90	24,7
	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nı ararım	44	12,1
	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bildiririm	28	7,7
	Cumhuriyet savcılığına bildiririm	23	6,3
	İlçe sağlığa bildiririm	3	0,8
	Diğer	17	4,7
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın istismar bildirimi yapılabilen çağrı merkezi numaraları	ALO 156	30	7,9
	ALO 171	87	22,8
	ALO 183	259	68
	ALO 155	5	1,3

Çalışmamızda hekimlerin yaş gruplarına, medeni duruma, unvanlara, branşa, görev süresine, çocuk varlığına ve istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumuna göre çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları değerlendirilmiştir (Tablo 4.11).

Yaş grupları arasında çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hekimler medeni durumlarına göre, çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hekimlerin unvanları arasında çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Branş grupları arasında çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.007$; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; branşı çocuk hastalıkları ile ilişkili olan grubun çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma oranı (%100), Aile hekimliği/aile hekimliği uzmanı olan gruptan (%90,6) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.009$; $p<0.05$). Diğer branş grupları arasında

çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Görev süresi grupları arasında çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre, çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumları değerlendirildiğinde dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanlar ve almayanlar arasında çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.11. Yaş Gruplarına, Medeni Duruma, Unvanlara, Branşa, Görev Süresine, Çocuk Varlığına ve İstismar ve İhmal ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Çocuk İstismarı/İhmali Vakası veya Şüphesi ile Karşılaşıldığında Bildirimde Bulunma Durumunun Değerlendirilmesi

		Çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma durumu		p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Yaş grup	**24-29 yaş**	179 (%96,2)	7 (%3,8)	[1]**0,768**
	30-39 yaş	140 (%94,6)	8 (%5,4)	
	40 yaş ve üstü	45 (%95,7)	2 (%4,3)	
Medeni durum	**Evli**	212 (%95,5)	10 (%4,5)	[2]**1,000**
	Bekar	152 (%95,6)	7 (%4,4)	
Unvan	**Pratisyen hekim**	43 (%95,6)	2 (%4,4)	[3]**0,439**
	Asistan hekim	210 (%95,9)	9 (%4,1)	
	Uzman hekim	106 (%95,5)	5 (%4,5)	
	Öğretim üyesi	5 (%83,3)	1 (%16,7)	
Branş	**Aile hekimliği/Aile hekimliği uzmanı**	116 (%90,6)	12 (%9,4)	[3]**0,007***
	Çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlar	64 (%100)	0 (%0)	
	Pratisyen/Aile hekimi	43 (%95,6)	2 (%4,4)	
	Diğer branşlar	141 (%97,9)	3 (%2,1)	

Görev süresi (yıl)	**≤1 yıl**	28 (%93,3)	2 (%6,7)	**[3]0,330**
	1-5 yıl	194 (%97)	6 (%3)	
	5-10 yıl	65 (%92,9)	5 (%7,1)	
	10 yıldan fazla	77 (%95,1)	4 (%4,9)	
Çocuk varlığı	**Evet**	135 (%96,4)	5 (%3,6)	**[2]0,701**
	Hayır	229 (%95)	12 (%5)	
İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu	**Evet**	194 (%96)	8 (%4)	**[2]0,799**
	Hayır	170 (%95)	9 (%5)	

*[1]Ki-Kare Test [2]Continuity (Yates) Düzeltmesi [3]Fisher Freeman Halton Test *p<0.05*

İstismar-ihmal vakası ile karşılaşmaları halinde bildirim yapmayacağını belirten hekimlerin, bildirim yapmama nedenleri Tablo 4.12'de verilmiştir.

İstismar-ihmal vakası ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını ifade eden 16 katılımcının bildirim yapmama nedenleri sorulduğunda, 5'i (%38,5) yasal süreç hakkında yeterli bilgi sahibi olmama, 2'si (%15,4) konuya ait yeterli kanıt olmaması, 3'ü (%23,1) bildirim yapması durumunda zarar görebileceği endişesi, 2'si (%15,4) çocuğu zor duruma düşürmekten korkma, 1'i (%7,7) sosyal hizmetlerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi nedeniyle bildirim yapmayabileceğini belirtmiştir.

Tablo 4.12. Çİİ ile Karşılaşma Durumunda Bildirim Yapmayacağını Belirten Hekimlerin Bildirim Yapmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi

		n	%
Bildirim yapmama nedeni (n=13)	**Bildirim yapmam durumunda zarar görebileceğim endişesi**	3	23,1
	Çocuğu daha kötü bir duruma düşürmekten korkmam	2	15,4
	Konuya ait yeterli kanıt olmaması	2	15,4
	Sosyal hizmetlerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi	1	7,7
	Yasal süreç hakkında yeterli bilgiye sahip olmamam	5	38,5

Hekimlerin suç unsuru taşıyan Çİİ olgusu ile karşılaşmaları halinde yasal olarak bildirim yapma sorumlulukları hakkındaki farkındalık durumları Tablo 4.13'te verilmiştir.

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 cezalandırılabileceklerini bilip bilmedikleri sorulduğunda katılımcıların 173'ü

(%45,4) yasal bildirim sorumluluğu hakkında bilgi sahibi olduğunu, 208'i (%54,6) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Suç Unsuru Taşıyan Çİİ Olgusu ile Karşılaşmaları Durumunda Sahip Oldukları Yasal Bildirim Sorumluluğu Hakkındaki Farkındalık Durumları

		n	%
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 cezalandırılabileceklerini bilme durumu	**Evet**	173	45,4
	Hayır	208	54,6

Katılımcıların Çİİ'nin önlenmesinde öncelikli hedeflerin ne olduğu ile ilgili görüşleri Tablo 4.14'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 151'i (%39,6) Çİİ'nin önlenmesinde öncelikli hedefin ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi, 102'si (%26,8) yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesi, 92'si (%24,1) daha caydırıcı cezaların verilmesi, 36'sı (%9,4) çocukların eğitimi olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.14. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesindeki Öncelikli Hedefler Konusundaki Görüşleri

		n	%
Çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedef	**Çocukların eğitimi**	36	9,4
	Ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi	151	39,6
	Yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesi	102	26,8
	Daha caydırıcı cezaların verilmesi	92	24,1

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumları Tablo 4.15'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 359'u (%94,2) Çİİ konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini, 22'si (%5,8) daha fazla bilgi sahibi olmak istemediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.15. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Daha Fazla Bilgi Sahibi Olmak İsteme Durumları

		n	%
Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumu	Evet	359	94,2
	Hayır	22	5,8

Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTYÖ) sorularına verdikleri cevapların dağılımları Tablo 4.16.'da görüldüğü gibidir.

Tablo 4.16. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ Sorularına Verdiği Cevapların Dağılımı

	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	-	1 (%0,3)	7 (%1,8)	47 (%12,3)	326 (%85,6)
Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	14 (%3,7)	28 (%7,3)	55 (%14,4)	93 (%24,4)	191 (%50,1)
Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	266 (%69,8)	61 (%16)	13 (%3,4)	15 (%3,9)	26 (%6,8)
Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	19 (%5)	34 (%8,9)	122 (%32)	82 (%21,5)	124 (%32,5)
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	57 (%15)	74 (%19,4)	86 (%22,6)	78 (%20,5)	86 (%22,6)
Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	5 (%1,3)	15 (%3,9)	67 (%17,6)	127 (%33,3)	167 (%43,8)
Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	-	1 (%0,3)	21 (%5,5)	113 (%29,7)	246 (%64,6)
Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	95 (%24,9)	107 (%28,1)	107 (%28,1)	33 (%8,7)	39 (%10,2)
Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	6 (%1,6)	13 (%3,4)	31 (%8,1)	84 (%22)	247 (%64,8)
Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	243 (%63,8)	102 (%26,8)	25 (%6,6)	7 (%1,8)	4 (%1)
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	4 (%1)	6 (%1,6)	52 (%13,6)	125 (%32,8)	194 (%50,9)
İntrakranial(kafa içi) ve intraoküler(göz içi)kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	297 (%78)	62 (%16,3)	10 (%2,6)	5 (%1,3)	7 (%1,8)
Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	1 (%0,3)	-	9 (%2,4)	64 (%16,8)	307 (%80,6)
Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	199 (%52,2)	112 (%29,4)	45 (%11,8)	14 (%3,7)	11 (%2,9)
Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	2 (%0,5)	-	7 (%1,8)	36 (%9,4)	336 (%88,2)
Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	285 (%74,8)	69 (%18,1)	20 (%5,2)	3 (%0,8)	4 (%1)
Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	9 (%2,4)	19 (%5)	60 (%15,7)	104 (%27,3)	189 (%49,6)
Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	-	2 (%0,5)	2 (%0,5)	38 (%10)	339 (%89)
Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	1 (%0,3)	1 (%0,3)	12 (%3,1)	44 (%11,5)	323 (%84,8)
Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	5 (%1,3)	2 (%0,5)	24 (%6,3)	69 (%18,1)	281 (%73,8)
Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	4 (%1)	13 (%3,4)	62 (%16,3)	90 (%23,6)	212 (%55,6)
Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	-	1 (%0,3)	23 (%6)	86 (%22,6)	271 (%71,1)

Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	-	6 (%1,6)	28 (%7,3)	64 (%16,8)	283 (%74,3)
Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	1 (%0,3)	10 (%2,6)	78 (%20,5)	108 (%28,3)	184 (%48,3)
Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	3 (%0,8)	7 (%1,8)	44 (%11,5)	110 (%28,9)	217 (%57)
Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	1 (%0,3)	-	14 (%3,7)	70 (%18,4)	296 (%77,7)
Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	196 (%51,4)	89 (%23,4)	48 (%12,6)	18 (%4,7)	30 (%7,9)
İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	333 (%87,4)	34 (%8,9)	5 (%1,3)	6 (%1,6)	3 (%0,8)
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	18 (%4,7)	14 (%3,7)	100 (%26,2)	96 (%25,2)	153 (%40,2)
İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	342 (%89,8)	32 (%8,4)	2 (%0,5)	4 (%1)	1 (%0,3)
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	4 (%1)	1 (%0,3)	4 (%1)	51 (%13,4)	321 (%84,3)
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	12 (%3,1)	14 (%3,7)	55 (%14,4)	74 (%19,4)	226 (%59,3)
Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	-	5 (%1,3)	45 (%11,8)	98 (%25,7)	233 (%61,2)
İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	128 (%33,6)	84 (%22)	105 (%27,6)	40 (%10,5)	24 (%6,3)
İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.		2 (%0,5)	18 (%4,7)	95 (%24,9)	266 (%69,8)
İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	3 (%0,8)	3 (%0,8)	33 (%8,7)	112 (%29,4)	230 (%60,4)
İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	24 (%6,3)	37 (%9,7)	157 (%41,2)	86 (%22,6)	77 (%20,2)
İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	1 (%0,3)	2 (%0,5)	48 (%12,6)	125 (%32,8)	205 (%53,8)
İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	1 (%0,3)	4 (%1)	46 (%12,1)	121 (%31,8)	209 (%54,9)
İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	-	-	10 (%2,6)	103 (%27)	268 (%70,3)
Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	253 (%66,4)	84 (%22)	34 (%8,9)	6 (%1,6)	4 (%1)
Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	159 (%41,7)	92 (%24,1)	99 (%26)	14 (%3,7)	17 (%4,5)
Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	20 (%5,2)	25 (%6,6)	163 (%42,8)	95 (%24,9)	78 (%20,5)
Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	5 (%1,3)	4 (%1)	53 (%13,9)	131 (%34,4)	188 (%49,3)
Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	7 (%1,8)	15 (%3,9)	86 (%22,6)	127 (%33,3)	146 (%38,3)
Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.	198 (%52)	106 (%27,8)	56 (%14,7)	12 (%3,1)	9 (%2,4)
Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	5 (%1,3)	6 (%1,6)	67 (%17,6)	112 (%29,4)	191 (%50,1)
Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	1 (%0,3)	1 (%0,3)	8 (%2,1)	60 (%15,7)	311 (%81,6)
Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	293 (%76,9)	53 (%13,9)	12 (%3,1)	6 (%1,6)	17 (%4,5)
Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	34 (%8,9)	53 (%13,9)	144 (%37,8)	73 (%19,2)	77 (%20,2)
Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	28 (%7,3)	36 (%9,4)	91 (%23,9)	103 (%27)	123 (%32,3)
Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	82 (%21,5)	67 (%17,6)	92 (%24,1)	59 (%15,5)	81 (%21,3)
Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	39 (%10,2)	41 (%10,8)	134 (%35,2)	85 (%22,3)	82 (%21,5)
Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	251 (%65,9)	84 (%22)	18 (%4,7)	10 (%2,6)	18 (%4,7)
Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	38 (%10)	51 (%13,4)	142 (%37,3)	67 (%17,6)	83 (%21,8)
Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	76 (%19,9)	63 (%16,5)	151 (%39,6)	54 (%14,2)	37 (%9,7)
Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	2 (%0,5)	11 (%2,9)	70 (%18,4)	131 (%34,4)	167 (%43,8)
Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkendir.	15 (%3,9)	11 (%2,9)	117 (%30,7)	96 (%25,2)	142 (%37,3)

Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	180 (%47,2)	97 (%25,5)	70 (%18,4)	19 (%5)	15 (%3,9)
Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	7 (%1,8)	16 (%4,2)	77 (%20,2)	133 (%34,9)	148 (%38,8)
Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.	155 (%40,7)	115 (%30,2)	81 (%21,3)	18 (%4,7)	12 (%3,1)
Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	6 (%1,6)	21 (%5,5)	74 (%19,4)	136 (%35,7)	144 (%37,8)
Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	302 (%79,3)	61 (%16)	7 (%1,8)	8 (%2,1)	3 (%0,8)
Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	-	2 (%0,5)	25 (%6,6)	115 (%30,2)	239 (%62,7)
Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.	-	8 (%2,1)	47 (%12,3)	122 (%32)	204 (%53,5)
Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	18 (%4,7)	35 (%9,2)	110 (%28,9)	121 (%31,8)	97 (%25,5)
Yaralanma, kırık gibi olaylarda anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	-	2 (%0,5)	7 (%1,8)	47 (%12,3)	325 (%85,3)

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği alt boyutlarının minimum-maksimum, ortalama-standart sapma ve Cronbach's alpha değerleri Tablo 4.17'de görüldüğü gibidir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) genelinden aldıkları puan ortalaması 4,13±0,3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları en düşük puan 3,13, en yüksek puan ise 4,72'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 4.17 incelendiğinde hekimler Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanma Ölçeğinde bulunan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutundan ortalama 4,35±0,34 puan, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutundan ortalama 4,22±0,35 puan, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyutundan ortalama 4,43±0,53 puan, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutundan 3,94±0,41 puan, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutundan ortalama 3,15±0,46 puan ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt boyutundan ortalama 4,23±0,56 puan almıştır.

Tablo 4.17. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlar

	Min-Max	Ort±SS	Cronbach's Alpha
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	2,95-5	4,35±0,34	0,683
İhmal belirtileri	2,86-5	4,43±0,53	0,745

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	2,87-5	4,22±0,35	0,683
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	2,75-4,83	3,94±0,41	0,550
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	1,67-4,33	3,15±0,46	0,593
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	2,5-5	4,23±0,56	0,771
Genel ölçek puanı	3,13-4,72	4,13±0,3	0,875

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 4.18'de verilmiştir.

Yaş grupları arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.006; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 40 yaş ve üstü olan grubun istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, 24-29 yaş arasında olan ve 30-39 yaş arasında olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.004; p_2:0.025; $p<0.05$). Yaşları 24-29 arasında olan ve 30-39 arasında olan gruplar arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Yaş grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 40 yaş ve üstü olan grubun çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, 24-29 yaş arasında olan ve 30-39 yaş arasında olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.000; $p<0.05$). Yaşları 24-29 arasında olan ve 30-39 arasında olan gruplar arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Yaş grupları arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.019; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 40 yaş ve üstü olan grubun genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, 24-29 yaş arasında olan ve 30-39 yaş arasında olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.021; $p<0.05$). Yaşları 24-29 arasında olan ve 30-39 arasında olan gruplar arasında genel ölçek puanı

alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Yaş grupları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.18. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	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	4,35±0,36	4,37±0,31	4,31±0,35	**0,476**
İhmal belirtileri	4,45±0,54	4,43±0,52	4,33±0,53	**0,396**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,24±0,38	4,22±0,33	4,13±0,31	**0,162**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,98±0,43	3,94±0,39	3,77±0,35	**0,006***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,11±0,44	3,2±0,48	3,14±0,48	**0,236**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,27±0,59	4,28±0,54	3,89±0,42	**0,000***
Genel ölçek puanı	4,15±0,32	4,15±0,28	4,02±0,27	**0,019***

One-Way Anova Test **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 4.19'de verilmiştir.

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).

Tablo 4.19. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Medeni durum		p
	Evli	Bekar	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,34±0,33	4,37±0,35	**0,526**
İhmal belirtileri	4,43±0,52	4,43±0,55	**0,985**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,36	4,22±0,34	**0,991**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,96±0,4	3,91±0,42	**0,181**

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,18±0,45	3,12±0,47	**0,209**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,24±0,54	4,21±0,59	**0,618**
Genel ölçek puanı	4,14±0,3	4,13±0,3	**0,679**

Student t Test

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 4.20'de verilmiştir.

Unvanlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.20. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Unvanlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Ünvan				**p**
	Pratisyen hekim	**Asistan hekim**	**Uzman hekim**	**Öğretim üyesi**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,28±0,34	4,36±0,35	4,36±0,31	4,52±0,35	**0,302**
İhmal belirtileri	4,35±0,53	4,42±0,54	4,44±0,52	4,9±0,12	**0,114**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,13±0,36	4,24±0,37	4,21±0,3	4,31±0,18	**0,252**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,93±0,36	3,96±0,43	3,9±0,39	4,07±0,32	**0,494**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,12±0,49	3,15±0,44	3,17±0,48	3,19±0,6	**0,909**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,1±0,51	4,24±0,59	4,23±0,55	4,4±0,41	**0,374**
Genel ölçek puanı	4,06±0,29	4,15±0,32	4,13±0,27	4,3±0,2	**0,206**

One-Way Anova Test

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 4.21'de verilmiştir.

Branş grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.21. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Branşlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Branş				p
	Aile hekimliği/Aile hekimliği uzmanı	Çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlar	Pratisyen/Aile hekimi	Diğer branşlar	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,35±0,35	4,36±0,32	4,28±0,34	4,37±0,33	**0,446**
İhmal belirtileri	4,43±0,54	4,36±0,54	4,35±0,53	4,48±0,52	**0,362**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,23±0,38	4,2±0,32	4,13±0,36	4,25±0,33	**0,258**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,99±0,42	3,93±0,4	3,93±0,36	3,91±0,42	**0,454**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,2±0,41	3,14±0,5	3,12±0,49	3,12±0,47	**0,498**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,28±0,56	4,25±0,6	4,1±0,51	4,21±0,57	**0,281**
Genel ölçek puanı	4,16±0,33	4,13±0,28	4,06±0,29	4,14±0,29	**0,358**

One-Way Anova Test

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 4.22'de verilmiştir.

Görev yapılan kurumlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Yerlerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Görev yapılan kurum grup							
	Sağlık Bakanlığı Hastanesi (Devlet Hastanesi)	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Şehir Hastanesi	Üniversite Hastanesi	1.Basamak Sağlık Kuruluşu (ASM, TSM)	Özel Hastane/Özel Tıp Merkezi	Diğer	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,33±0,34	4,37±0,34	4,28±0,26	4,38±0,35	4,34±0,34	4,41±0,27	4,1±0,24	**0,175**
İhmal belirtileri	4,46±0,5	4,46±0,52	4,5±0,46	4,42±0,56	4,42±0,49	4,17±0,78	4,1±0,58	**0,269**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,2±0,33	4,25±0,35	4,31±0,31	4,2±0,37	4,19±0,37	4,1±0,26	4,12±0,33	**0,658**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,81±0,38	3,99±0,44	4,04±0,4	3,92±0,37	3,96±0,4	3,78±0,33	3,75±0,31	**0,065**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,15±0,47	3,14±0,45	3,11±0,59	3,17±0,45	3,16±0,46	3,06±0,7	3,19±0,32	**0,992**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,2±0,49	4,28±0,6	4,34±0,56	4,2±0,56	4,23±0,52	3,99±0,62	3,82±0,4	**0,128**
Genel ölçek puanı	4,1±0,26	4,16±0,32	4,17±0,25	4,13±0,29	4,13±0,3	4,03±0,29	3,93±0,23	**0,170**

One-Way Anova Test

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 4.23'te verilmiştir.

Görev süresi grupları arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.007; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; görev süresi 10 yıldan fazla olan grubun istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, görev süresi 1-5 yıl arasında olan ve 5-10 yıl arasında olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.006; p_2:0.020; $p<0.05$). Diğer görev süresi grupları arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Görev süresi grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.002; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; görev süresi 10 yıldan fazla olan grubun çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, görev süresi 1-5 yıl arasında olan ve 5-10 yıl arasında olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.008; p_2:0.002; $p<0.05$). Diğer görev süresi grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Görev süresi grupları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.23. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Sürelerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	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	4,38±0,31	4,35±0,35	4,38±0,33	4,32±0,33	**0,672**
İhmal belirtileri	4,39±0,51	4,44±0,55	4,48±0,46	4,35±0,55	**0,485**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,26±0,37	4,21±0,37	4,27±0,3	4,19±0,33	**0,399**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,95±0,49	3,98±0,42	3,99±0,39	3,8±0,34	**0,007***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,04±0,38	3,16±0,46	3,18±0,49	3,14±0,47	**0,532**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,2±0,62	4,26±0,57	4,36±0,52	4,03±0,52	**0,002***
Genel ölçek puanı	4,14±0,29	4,15±0,32	4,19±0,28	4,06±0,27	**0,061**

One-Way Anova Test *$p<0.05$

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 4.24'te verilmiştir.

Çocuğu olanlar ve olmayanlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk varlığı		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,35±0,32	4,36±0,35	**0,753**
İhmal belirtileri	4,41±0,53	4,44±0,53	**0,626**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,21±0,36	4,23±0,35	**0,659**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,91±0,39	3,96±0,42	**0,323**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,15±0,46	3,15±0,46	**0,974**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,19±0,55	4,25±0,57	**0,318**
Genel ölçek puanı	4,12±0,29	4,14±0,31	**0,445**

Student t Test

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 4.25'te verilmiştir.

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).

Tablo 4.25. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk sayısı			p
	1	2	3	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,34±0,31	4,36±0,34	4,32±0,29	**0,903**
İhmal belirtileri	4,43±0,51	4,39±0,57	4,29±0,49	**0,744**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,21±0,38	4,22±0,32	4,18±0,36	**0,972**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,93±0,38	3,92±0,41	3,67±0,31	**0,179**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,13±0,47	3,18±0,46	3,25±0,4	**0,682**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,18±0,53	4,23±0,59	4,02±0,48	**0,580**
Genel ölçek puanı	4,12±0,28	4,13±0,32	4,04±0,24	**0,695**

One-Way Anova Test

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 4.26'da verilmiştir.

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).

Tablo 4.26. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuklarının Cinsiyetlerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk cinsiyet			p
	Kız	Erkek	Kız ve Erkek	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,32±0,33	4,35±0,3	4,37±0,34	**0,806**
İhmal belirtileri	4,49±0,5	4,4±0,51	4,29±0,59	**0,266**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,33	4,21±0,39	4,2±0,34	**0,970**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,9±0,42	3,9±0,36	3,95±0,41	**0,854**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,13±0,47	3,11±0,5	3,27±0,37	**0,250**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,11±0,55	4,18±0,54	4,31±0,56	**0,287**
Genel ölçek puanı	4,11±0,3	4,11±0,27	4,14±0,32	**0,877**

One-Way Anova Test

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 4.27'de verilmiştir.

Ailenin en büyük çocuğunun yaşı göz önüne alınarak 0-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş, 15 yaş ve üstü olarak gruplanarak yapılan karşılaştırmalarda; en büyük çocuk yaşı grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.043; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; en büyük çocuğu 15 yaş ve üstünde olan grubun çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, 0-5 yaş arasında olan ve 5-10 yaş arasında olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.035; p_2:0.029; $p<0.05$). Diğer gruplar arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

En büyük çocuk yaşı grupları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.27. Çalışmaya Katılan Hekimlerin En Büyük Çocuklarının Yaşlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	En büyük çocuk yaşı				p
	0-5 yaş	5-10 yaş	10-15 yaş	15 yaş ve üstü	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,33±0,32	4,41±0,29	4,26±0,31	4,34±0,39	**0,372**
İhmal belirtileri	4,43±0,52	4,43±0,58	4,36±0,41	4,3±0,56	**0,809**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,37	4,27±0,34	4,07±0,33	4,15±0,33	**0,260**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,98±0,39	3,89±0,41	3,77±0,36	3,79±0,31	**0,123**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,15±0,49	3,26±0,42	3,01±0,45	3,06±0,45	**0,262**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,24±0,54	4,28±0,58	3,96±0,49	3,92±0,47	**0,043***
Genel ölçek puanı	4,14±0,29	4,17±0,31	3,99±0,25	4,03±0,28	**0,128**

One-Way Anova Test *$p<0.05$

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 4.28'de verilmiştir.

Ailenin en küçük çocuğunun yaşı göz önüne alınarak 0-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş, 15 yaş ve üstü olarak gruplanarak yapılan karşılaştırmalarda; en küçük çocuk yaşı grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.007$; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; En küçük çocuğu 0-5 yaş arasında olan grubun çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, 5-10 yaş arasında olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.031$; $p<0.05$). Diğer 2.çocuk yaş grupları arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

En küçük çocuk yaşı grupları arasında diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.28. Çalışmaya Katılan Hekimlerin En Küçük Çocuklarının Yaşlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	En küçük çocuk yaşı				p
	0-5 yaş	5-10 yaş	10-15 yaş	15 yaş ve üstü	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,36±0,31	4,29±0,27	4,31±0,39	4,34±0,39	**0,778**
İhmal belirtileri	4,43±0,53	4,38±0,56	4,36±0,5	4,3±0,56	**0,854**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,23±0,36	4,18±0,35	4,18±0,31	4,08±0,36	**0,594**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,97±0,4	3,76±0,33	3,83±0,41	3,8±0,27	**0,082**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,16±0,48	3,25±0,43	3,08±0,45	2,97±0,43	**0,390**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,29±0,56	3,93±0,4	4,06±0,51	3,89±0,5	**0,007***
Genel ölçek puanı	4,15±0,3	4,05±0,26	4,06±0,32	4,01±0,27	**0,189**

One-Way Anova Test *$p<0.05$

Çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet öncesi ve/veya sonrasında Çİİ eğitimi alma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.29'da verilmiştir.

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri, eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.025; $p<0.05$).

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri, eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.045; $p<0.05$).

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.011; $p<0.05$).

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.048; $p<0.05$).

İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.009; $p<0.05$).

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).

Tablo 4.29. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Mezuniyet Öncesi ve/veya Sonrasında Çİİ Eğitimi Alma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,39±0,32	4,31±0,36	**0,025***
İhmal belirtileri	4,48±0,48	4,37±0,58	**0,045***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,25±0,33	4,19±0,37	**0,103**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,99±0,4	3,88±0,41	**0,011***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,16±0,47	3,15±0,45	**0,808**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,28±0,57	4,16±0,55	**0,048***
Genel ölçek puanı	4,17±0,28	4,09±0,32	**0,009***

Student t Test **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 4.30'da verilmiştir.

Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünenlerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.048; p<0.05).

Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünenlerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.041; p<0.05).

Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme 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).

Tablo 4.30. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Çİİ Eğitiminin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,42±0,3	4,37±0,32	**0,268**
İhmal belirtileri	4,55±0,4	4,44±0,52	**0,088**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,26±0,33	4,24±0,33	**0,641**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4,07±0,4	3,95±0,4	**0,048***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,2±0,44	3,13±0,48	**0,340**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,39±0,55	4,22±0,57	**0,041***
Genel ölçek puanı	4,23±0,26	4,15±0,29	**0,056**

Student t Test *$p<0.05$

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 4.31'de verilmiştir.

İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.039; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanların istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri, yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.033; $p<0.05$). Diğer istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyeleri arasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.004; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olanların istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı alt boyutu

değerleri, yeterlilik seviyesi orta düzeyde olan ve yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.003; p_2:0.037; $p<0.05$). İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi orta düzeyde olan ve yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlar arasında istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

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:0.012; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.009; $p<0.05$). Diğer istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyeleri arasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.002; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, yeterlilik seviyesi orta düzeyde olan ve yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.001; p_2:0.006; $p<0.05$). İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi orta düzeyde olan ve yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda kendilerinin ifade ettiği yeterlilik seviyeleri arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.001; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik

seviyesi kötü ve çok kötü olanların genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, yeterlilik seviyesi orta düzeyde olan ve yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.001; p_2:0.020; $p<0.05$). İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi orta düzeyde olan ve yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlar arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

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 ($p>0.05$).

Tablo 4.31. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İstismar/İhmal Vakasını Tanıma Konusunda Kendilerinin İfade Ettiği Yeterlilik Seviyelerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	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	4,41±0,32	4,36±0,34	4,26±0,35	**0,039***
İhmal belirtileri	4,52±0,56	4,42±0,51	4,33±0,59	**0,160**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,31±0,33	4,22±0,34	4,1±0,39	**0,004***
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4,04±0,42	3,95±0,4	3,82±0,41	**0,012***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,24±0,42	3,14±0,48	3,12±0,4	**0,201**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,37±0,6	4,24±0,56	4,02±0,47	**0,002***
Genel ölçek puanı	4,22±0,3	4,14±0,29	4,02±0,31	**0,001***

One-Way Anova Test *$p<0.05$

Not: Grupların sayıları azlığı nedeniyle yeterlilik seviyesi çok iyi ve iyi olanlar, kötü ve çok kötü olanlar gruplar birleştirilerek analiz edilmiştir.

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 4.32'de verilmiştir.

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.021; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İstismar ile ihmal ayrımını yapabilenlerin ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri, istismar ve ihmal ayrımını yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.015; p<0.05). Diğer istismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.044; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İstismar ile ihmal ayrımını yapabilenlerin genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, istismar ve ihmal ayrımını yapamayan ve yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p_1:0.049; p_2:0.043; p<0.05). İstismar ve ihmal ayrımını yapamayan ve yapabilip yapamadığı konusunda kararsız olanlar arasında genel ölçek puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

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).

Tablo 4.32. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İstismar ile İhmal Ayrımını Yapabilme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	İstismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumu			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,4±0,32	4,3±0,4	4,32±0,34	**0,080**
İhmal belirtileri	4,51±0,48	4,4±0,6	4,35±0,55	**0,021***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,26±0,31	4,11±0,36	4,2±0,38	**0,084**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,98±0,41	3,86±0,39	3,92±0,41	**0,208**

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,15±0,48	3,1±0,6	3,16±0,42	**0,779**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,27±0,58	4,08±0,52	4,21±0,56	**0,227**
Genel ölçek puanı	4,17±0,28	4,06±0,3	4,11±0,31	**0,044***

One-Way Anova Test *$p<0.05$

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 4.33'te verilmiştir.

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenlerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri, istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.028$; $p<0.05$).

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenlerin ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri, istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.000$; $p<0.05$).

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenlerin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı alt boyutu değerleri, istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.015$; $p<0.05$).

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenlerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.000$; $p<0.05$).

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenlerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri,

istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.000; p<0.05).

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenlerin genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.000; p<0.05).

Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaları istismar kabul edenler ve etmeyenler arasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı alt boyutu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.33. Çalışmaya Katılan Hekimler Tarafından Çocuğun Yanlış Olduğu Düşünülen Bir Davranışını Düzeltmek, Doğruyu Gösterebilmek İçin Çocuğa Bağırmak, Hafifçe Vurmak vb. Uygulamaların İstismar Olarak Kabul Edilme Durumuna Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuğun yanlış olduğu düşünülen bir davranışını düzeltmek, doğruyu gösterebilmek için çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak vb. uygulamaların istismar kabul edilme		p
	Evet, istismardır	Hayır, istismar değildir	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,37±0,33	4,27±0,35	**0,028***
İhmal belirtileri	4,49±0,5	4,12±0,56	**0,000***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,24±0,35	4,12±0,37	**0,015***
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,98±0,4	3,73±0,4	**0,000***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,14±0,46	3,22±0,46	**0,165**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,27±0,57	4,01±0,48	**0,000***
Genel ölçek puanı	4,16±0,3	4±0,3	**0,000***

Student t Test **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 4.34'te verilmiştir.

Çocukken istismara ya da ihmale uğrayanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, çocukken istismara ya da ihmale uğramayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.018; p<0.05).

Çocukken istismara ya da ihmale uğrayanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, çocukken istismara ya da ihmale uğramayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.035; p<0.05).

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).

Tablo 4.34. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocukluğunda Çİİ'ye Maruz Kalma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocukken istismara ya da ihmale uğrama durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,37±0,39	4,35±0,32	**0,680**
İhmal belirtileri	4,47±0,52	4,41±0,53	**0,320**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,38	4,22±0,34	**0,918**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4,03±0,44	3,91±0,4	**0,018***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,2±0,41	3,14±0,47	**0,251**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,33±0,58	4,19±0,56	**0,035***
Genel ölçek puanı	4,18±0,32	4,12±0,29	**0,132**

Student t Test *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 4.35'te verilmiştir.

Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olanların ihmal belirtileri puanı alt boyutu değerleri, ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.025; p<0.05).

Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut

olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.000; p<0.05).

Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.001; p<0.05).

Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olanların genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.002; p<0.05).

Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olma 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).

Tablo 4.35. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Aile Öyküsünde Çİİ Varlığına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,4±0,35	4,34±0,33	**0,223**
İhmal belirtileri	4,55±0,48	4,39±0,54	**0,025***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,27±0,34	4,21±0,35	**0,196**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4,13±0,39	3,89±0,4	**0,000***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,19±0,42	3,14±0,47	**0,378**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,41±0,53	4,18±0,56	**0,001***
Genel ölçek puanı	4,23±0,29	4,11±0,3	**0,002***

Student t Test *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 4.36'da verilmiştir.

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).

Tablo 4.36. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Meslek Hayatlarında Çİİ ile Karşılaşma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Meslek hayatınızda istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,37±0,34	4,33±0,34	**0,281**
İhmal belirtileri	4,46±0,5	4,35±0,58	**0,077**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,24±0,34	4,18±0,37	**0,119**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,96±0,4	3,89±0,42	**0,136**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,14±0,45	3,18±0,47	**0,404**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,25±0,57	4,17±0,56	**0,228**
Genel ölçek puanı	4,15±0,29	4,1±0,32	**0,107**

Student t Test

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 4.37'de karşılaştırılmıştır.

Fiziksel istismar ile karşılaşma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.37. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Fiziksel İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Fiziksel istismar ile karşılaşma durumu		p
	Yok	Var	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,38±0,3	4,36±0,35	**0,567**
İhmal belirtileri	4,45±0,53	4,46±0,49	**0,835**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,27±0,33	4,23±0,35	**0,345**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4±0,43	3,96±0,39	**0,424**

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,12±0,46	3,15±0,46	**0,621**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,26±0,55	4,26±0,57	**0,977**
Genel ölçek puanı	4,17±0,29	4,15±0,29	**0,596**

Student t Test

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 4.38'de karşılaştırılmıştır.

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).

Tablo 4.38. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Cinsel İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Cinsel istismar ile karşılaşma durumu		**p**
	Yok	**Var**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,35±0,35	4,38±0,32	**0,430**
İhmal belirtileri	4,49±0,47	4,44±0,53	**0,406**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,24±0,34	4,24±0,34	**0,903**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	4,01±0,4	3,93±0,4	**0,109**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,12±0,46	3,17±0,45	**0,355**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,27±0,55	4,25±0,58	**0,774**
Genel ölçek puanı	4,16±0,29	4,15±0,3	**0,800**

Student t Test

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 4.39'da karşılaştırılmıştır.

Duygusal istismar ile karşılaşanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, duygusal istismar ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.011; p<0.05).

Duygusal istismar ile karşılaşanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, duygusal istismar ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.012; p<0.05).

Duygusal istismar ile karşılaşanların genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, duygusal istismar ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.015; p<0.05).

Duygusal 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).

Tablo 4.39. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Duygusal İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Duygusal istismar ile karşılaşma durumu		**p**
	Yok	**Var**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,33±0,32	4,4±0,35	**0,063**
İhmal belirtileri	4,41±0,5	4,51±0,5	**0,126**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,35	4,26±0,34	**0,429**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,91±0,41	4,03±0,39	**0,011***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,11±0,49	3,17±0,42	**0,323**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,17±0,56	4,34±0,56	**0,012***
Genel ölçek puanı	4,11±0,29	4,2±0,29	**0,015***

Student t Test **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 4.40'ta karşılaştırılmıştır.

Ekonomik istismar ile karşılaşanların ihmal belirtileri alt boyutu puanı, ekonomik istismar ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.019; p<0.05).

Ekonomik 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).

Tablo 4.40. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Ekonomik İstismar ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	Ekonomik istismar ile karşılaşma durumu		p
	Yok	Var	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,35±0,34	4,44±0,31	**0,077**
İhmal belirtileri	4,42±0,51	4,6±0,42	**0,019***
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,23±0,35	4,29±0,31	**0,195**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,96±0,41	4,03±0,37	**0,260**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,15±0,46	3,13±0,46	**0,778**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,23±0,56	4,35±0,56	**0,179**
Genel ölçek puanı	4,14±0,3	4,22±0,26	**0,059**

Student t Test *$p<0.05$

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 4.41'de karşılaştırılmıştır.

İhmal ile karşılaşanların istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri, ihmal ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.024; p<0.05).

İhmal ile karşılaşanların istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı alt boyutu değerleri, ihmal ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.017; p<0.05).

İhmal ile karşılaşanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı alt boyutu değerleri, ihmal ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.001; p<0.05).

İhmal ile karşılaşanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı alt boyutu değerleri, ihmal ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.000; p<0.05).

İhmal ile karşılaşanların genel ölçek puanı alt boyutu değerleri, ihmal ile karşılaşmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.000; p<0.05).

İhmal 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).

Tablo 4.41. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İhmal ile Karşılaşma Durumları Arasında ÇİİBRTYÖ Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

	İhmal ile karşılaşma durumu		p
	Yok	Var	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,3±0,39	4,4±0,3	**0,024***
İhmal belirtileri	4,39±0,54	4,51±0,47	**0,063**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,18±0,37	4,28±0,32	**0,017***
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,87±0,4	4,04±0,39	**0,001***
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,1±0,46	3,17±0,46	**0,252**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,1±0,59	4,36±0,53	**0,000***
Genel ölçek puanı	4,07±0,31	4,21±0,27	**0,000***

Student t Test **p<0.05*

Çalışmaya katılan hekimlerin Çİİ olgusu ile karşılaşma durumunda zorlandıkları aşamaya göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.42'de verilmiştir.

Görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımlar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).**Tablo 4.42. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ Olgusu ile Karşılaşma Durumunda Zorlandıkları Aşamaya Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması**

	Görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımlar						
	Öykü alma	Fizik muayene	Tanı koyma	Kayıt	İlgili kurumlara rapor etme / Yasal süreç	Ebeveynlerin tepkisi	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,34±0,34	4,38±0,27	4,35±0,34	3,96±0,84	4,37±0,33	4,37±0,34	**0,205**
İhmal belirtileri	4,46±0,48	4,35±0,58	4,44±0,59	4,06±0,75	4,45±0,49	4,47±0,53	**0,570**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,23±0,33	4,15±0,41	4,21±0,34	3,95±0,69	4,27±0,34	4,24±0,34	**0,321**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,92±0,39	3,97±0,35	3,96±0,36	3,65±0,64	3,99±0,4	4±0,43	**0,458**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,13±0,48	2,99±0,58	3,08±0,39	3,47±0,14	3,17±0,45	3,14±0,42	**0,315**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,19±0,59	4,27±0,46	4,26±0,57	4,15±0,67	4,3±0,56	4,25±0,58	**0,885**
Genel ölçek puanı	4,13±0,29	4,12±0,28	4,13±0,3	3,89±0,62	4,17±0,29	4,16±0,3	**0,416**

One-Way Anova Test

Çalışmaya katılan hekimlerin Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşmaları halinde bildirim yapma durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.43'te verilmiştir.

Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.43. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ Olgusu veya Şüphesi ile Karşılaşmaları Halinde Bildirimde Bulunma Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,36±0,33	4,33±0,44	**0,750**
İhmal belirtileri	4,44±0,53	4,21±0,6	**0,087**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,35	4,22±0,45	**0,997**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,94±0,41	4,01±0,48	**0,479**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,15±0,46	3,27±0,42	**0,259**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,22±0,56	4,37±0,58	**0,288**
Genel ölçek puanı	4,13±0,3	4,14±0,39	**0,883**

Student t Test

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 4.44'te verilmiştir.

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).

Tablo 4.44. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Yaptıkları Kurumlarda Çİİ'ye Yönelik Prosedür Varlığına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	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	4,33±0,34	4,37±0,36	4,36±0,33	**0,763**
İhmal belirtileri	4,43±0,51	4,43±0,53	4,42±0,55	**0,998**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,33	4,23±0,38	4,21±0,36	**0,933**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,91±0,43	3,99±0,41	3,94±0,4	**0,402**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,1±0,47	3,19±0,47	3,17±0,45	**0,301**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,17±0,66	4,25±0,52	4,25±0,52	**0,437**
Genel ölçek puanı	4,11±0,31	4,16±0,32	4,14±0,29	**0,597**

One-Way Anova Test

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 4.45'te verilmiştir.

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).

Tablo 4.45. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev Yaptıkları Kurumlarda Bulunan Çİİ Prosedürlerinin Düzgün İşleyip İşlememe Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Prosedürün düzgün bir şekilde işleme durumu			p
	Evet	Hayır	Kararsız	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,32±0,34	4,34±0,42	4,37±0,32	**0,524**
İhmal belirtileri	4,46±0,5	4,39±0,59	4,42±0,53	**0,765**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,2±0,31	4,2±0,41	4,23±0,35	**0,735**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,92±0,41	3,99±0,43	3,94±0,4	**0,566**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,06±0,5	3,21±0,48	3,16±0,44	**0,121**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,18±0,66	4,28±0,55	4,23±0,54	**0,625**
Genel ölçek puanı	4,11±0,31	4,14±0,35	4,14±0,29	**0,682**

One-Way Anova Test

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 4.46'da verilmiştir.

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 bilenlerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı alt boyutu değerleri, bilmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.037; $p<0.05$).

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 diğer çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.46. Çalışmaya Katılan Hekimlerin TCK'ya Göre, Çocuk Cinsel İstismarı ve İhmali 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 Puanların Karşılaştırılması

	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	4,39±0,36	4,32±0,32	**0,037***
İhmal belirtileri	4,44±0,53	4,41±0,53	**0,666**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,24±0,35	4,2±0,35	**0,248**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,98±0,39	3,91±0,42	**0,092**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,18±0,48	3,13±0,44	**0,354**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,28±0,58	4,18±0,55	**0,115**
Genel ölçek puanı	4,17±0,31	4,11±0,29	**0,053**

Student t Test *$p<0.05$

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedefin ne olduğu ile ilgili görüşlerine göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.47'de verilmiştir.

Çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedefler arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 4.47. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çocuk İstismarı/İhmalini Önlemede Öncelikli Hedefin Ne Olduğu ile İlgili Görüşlerine Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedef				p
	Çocukların eğitimi	Ailenin bilinçlendirilmesi	Yasal sürecin daha işlevsel hale getirilmesi	Daha caydırıcı cezaların verilmesi	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,38±0,31	4,37±0,32	4,36±0,34	4,31±0,37	**0,576**
İhmal belirtileri	4,45±0,6	4,45±0,53	4,38±0,5	4,44±0,53	**0,737**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,25±0,34	4,24±0,34	4,2±0,33	4,2±0,39	**0,788**

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,89±0,45	3,96±0,39	3,96±0,39	3,91±0,46	**0,705**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,05±0,41	3,17±0,45	3,15±0,46	3,16±0,48	**0,538**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,17±0,66	4,23±0,54	4,2±0,55	4,26±0,58	**0,801**
Genel ölçek puanı	4,13±0,34	4,15±0,28	4,13±0,28	4,12±0,34	**0,868**

One-Way Anova Test

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 4.48'de verilmiştir.

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 ($p>0.05$).

Tablo 4.48. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çİİ Hakkında Daha Fazla Bilgi Sahibi Olmak İsteme Durumlarına Göre ÇİİBRTYÖ Genelinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı/ihmalini önlemede öncelikli hedef konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumu		**p**
	Evet	**Hayır**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	
İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	4,35±0,34	4,39±0,36	**0,630**
İhmal belirtileri	4,42±0,53	4,55±0,47	**0,276**
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,22±0,35	4,25±0,32	**0,635**
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,94±0,41	3,97±0,38	**0,769**
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,16±0,46	3,06±0,52	**0,341**
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	4,22±0,56	4,24±0,65	**0,910**
Genel ölçek puanı	4,13±0,3	4,16±0,3	**0,656**

Student t Test

Ölçek alt boyutlarının kendi arasındaki korelasyonu Tablo 4.49'da değerlendirilmiştir.

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı ile ihmal belirtileri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %53,4 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı ile istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %57,8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı ile istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %45,8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %13,2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.010; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %45,3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği genel puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %79,8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İhmal belirtileri puanı ile istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %57 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İhmal belirtileri puanı ile istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %50,2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İhmal belirtileri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %38,8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İhmal belirtileri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği genel puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %71,8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İhmal belirtileri puanı ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı ile istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %53,2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %14,5 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.005; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %46,6 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği genel puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %80,3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %23,9 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %62,6 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği genel puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %79,4 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %20,6 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği genel puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %32,9 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanı ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği genel puanı değerleri arasında pozitif yönlü, %74,2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05).

Tablo 4.49. Ölçek Alt Boyutlarının Kendi Arasındaki Korelasyonunun Değerlendirilmesi

		İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	İhmal belirtileri	İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler
İhmal belirtileri	**r**	*0,534*	1	0,570	0,502	0,043	0,388
	p	*0,000**		0,000*	0,000*	0,400	0,000*
İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	**r**	*0,578*	*0,570*	1	0,532	0,145	0,466
	p	*0,000**	*0,000**		0,000*	0,005*	0,000*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	**r**	*0,458*	*0,502*	*0,532*	1	0,239	0,626
	p	*0,000**	*0,000**	*0,000**		0,000*	0,000*
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	**r**	*0,132*	0,043	*0,145*	*0,239*	1	0,206
	p	*0,010**	0,400	*0,005**	*0,000**		0,000*
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	**r**	*0,453*	*0,388*	*0,466*	*0,626*	*0,206*	1
	p	*0,000**	*0,000**	*0,000**	*0,000**	*0,000**	
Genel ölçek puanı	**r**	*0,798*	*0,718*	*0,803*	*0,794*	*0,329*	*0,742*
	p	*0,000**	*0,000**	*0,000**	*0,000**	*0,000**	*0,000**

Pearson Korelasyon Analizi **p<0.05*

5.TARTIŞMA

Çalışmamız 22.000 civarında üyesi bulunan Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) Grubu üyesi olan 381 kadın hekim üzerinden yürütülmüştür. Bu çalışma ile günümüz dünyasında 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.

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin yarısından fazlasını (%57,5) asistan hekimler oluşturmaktadır. Bu nedenledir ki, araştırmamıza en çok katılım gösteren yaş grubu %48,8 ile 24-29 yaş grubu olmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%87,6) 24-40 yaş aralığındadır ve yaş ortalaması 31.83±6.18 yıldır. Gölge ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 30,58 yıl, Şanyüz tarafından 2009 yılında hekimlerin çocuk istismarına yaklaşım durumlarını belirlemek amacıyla, farklı branşlardaki hekimlerle yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 33,23 yıl olarak bulunmuştur (8,125). Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin yaş ortalaması, daha önce yapılan çalışmalarla benzerdir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından çoğu (%58,3) evlidir. Kara tarafından 2010 yılında Ankara'da yapılan, pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin Çİİ konusunda bilgi düzeylerinin ve yaklaşımlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, hekimlerin %60,9'unun, Kanat'ın 2017 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı bir araştırmada doktorların %70'inin evli olduğu belirlenmiştir (126,127). 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, %60,4'ünün görev süresi 5 yıldan az olan hekimlerden oluşması oranın düşük olmasının nedeni olarak düşünülebilir.

Katılımcıların büyük kısmının (%63,3) çocuğu yoktur. Erol 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 (128). Çocuk sahibi olma açısından çalışmamıza katılan kadın hekimlerin oranları, yapılan benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızın materyalini oluşturan kadın

hekimlerin yaş ortalamasının 30'lu yaşların başında olması, %41,7'sinin bekar olması, %60,4'ünün henüz meslek hayatının ilk 5 yılı içinde olması henüz çocuk sahibi olmamalarına sebep gösterilebilir.

Branşlarına göre dağılımlarına bakıldığında, çalışmaya katılanlar içerisinde en büyük grubu aile hekimliği asistanı veya uzmanı olan hekimler (%33,6) oluştururken, çocuk hastalıkları ile ilişkili branşlarda çalışan hekimlerin oranı %16,8'dir. Hekimlerin yaklaşık yarısı ise pratisyen, aile hekimi olarak çalışmakta veya diğer branşlarda görev yapmaktadır. Katılımcıların %44,6'sı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalışmaktadır.

Çalışmaya katılanların önemli bir kısmının (%60,4) görev süresi 5 yıl altındadır. Kanat'ın yaptığı çalışmada hekimlerin yarısının 7 yıldan az, %40'ının 11 yıl ve üzerinde görev yaptığı görülmektedir (127). Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin %57,5'unun asistan hekimlerden oluşması, görev süresinin kısalığını izah edebilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası (%53) tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almış ve eğitim alanların %65,8'i eğitimi yetersiz bulmuştur. Erol 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 (128). Çİİ konusunda eğitimler düzenleniyor olsa da çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunun verilen bu eğitimi yeterli bulmadığı görülmektedir. Bu doğrultuda eğitimlerin sayısının artırılması ile birlikte eğitimin içeriği istismar/ihmal tanımından tedaviye, tedaviden yasal süreç ve çocuğun korunmasına kadar her aşamayı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

Katılımcıların istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik durumları sorulduğunda hekimlerin önemli bir kısmı (%66,7) kendisini orta yeterlilikte nitelendirirken, %16'sı kötü ve çok kötü olduğunu ifade etmiştir. Hekimlere istismar ile ihmal ayrımını yapıp yapamayacakları sorulmuş ve hekimlerin %44,9'u evet cevabı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 359'u (%94,2) Çİİ konusunda daha fazla bilgi

sahibi olmak istediğini ifade etmiştir. Çetin 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 (129). Çalışmamızda da gösterildiği gibi hekimlerin büyük bir kısmı Çİİ konusunda kendisini yetersiz hissetmekte ve daha fazla bilgi sahibi olmak istemektedir.

Çalışmaya katılan hekimler azımsanmayacak oranda (%24,1) çocukken istismar veya ihmale uğradığını ve %20,5'i ailesinde istismar/ihmal öyküsü bulunduğunu ifade etmiştir. Yılmaz ve Çalışkan tarafından 2015 yılında Ankara'da hemşirelerle yapılan çalışmada katılımcıların %6'sının, Sarıyar'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada ise katılımcıların %23,1'inin yakın çevresinde istismar veya ihmale uğrayan birisi bulunmaktadır (130,131). 2017 yılında sosyal medya üzerinden yayılan "Me Too" hareketi istismar mağdurlarının maruz kaldıkları istismar olaylarını anlatabilmeleri için onları cesaretlendirmiştir. 2017 yılı sonrasında yapılan çalışmalarda istismar öyküsü bulunma oranının artması bu hareketin etkisi ile gerçekleşmiş olabilir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında ve önlenmesinde hekimler önemli rol oynamaktadır. Hekimlerin bilgi ve farkındalıklarındaki eksiklikler nedeniyle Çİİ'nin tanınması, bildirilmesi ve ölümcül sonuçların engellenmesinde aksaklıklar yaşanmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların Çİİ konusundaki farkındalıkları, bilgi düzeyleri, deneyimleri, tutum ve davranışları sorgulanmış ve yaş, medeni hal, unvan, branş, görev süresi, çocuk sahibi olma, mezuniyet öncesinde veya sonrasında Çİİ hakkında eğitim alma durumları, meslek hayatlarında Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumları, karşılaşılan vakalarda zorlanılan aşamalar ve bildirim yapma durumlarına göre karşılaştırmalar yapılmıştır.

Hekimlerin çoğunluğu (%69,3) meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakası ile karşılaşmıştır. Türker'in 2017 yılında aile hekimleri, hemşire ve ebeler ile yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %67,5'inin, Kocaer tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %52,8'inin meslek hayatları süresince Çİİ olgusu ile karşılaştıkları bulunmuştur (132,133). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarda olduğu gibi, hekimlerin çoğunluğu meslek yaşamlarında istismar/ihmal olgusu ile karşılaşmıştır. Yapılan çalışmaların tarihlerine bakıldığında günümüze yaklaştıkça

istismar/ihmal ile karşılaşma oranının arttığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak son yıllarda Çİİ konusundaki farkındalığın artmış olması gösterilebilir.

İstismar ve/veya ihmal vakası ile karşılaşan hekimlerin en fazla karşılaştığı istismar türü fiziksel istismardır (%70,5). Yanıtlara bakıldığında hekimlerin %32,9'u ihmal veya bir istismar türü ile karşılaşırken, %65,5'inin en az iki farklı istismar-ihmal türü ile karşılaştığı görülmektedir. Yılmaz ve Çalışkan tarafından 2015 yılında Ankara'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada katılımcıların en sık fiziksel istismar (%36,4) ile karşılaştığı belirlenmiştir (130). Erol'un 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 (128). Yükseler tarafından 2020 yılında, Malatya'da yapılan bir araştırmada katılımcıların %35,2'si toplumda en sık görülen istismar şeklinin fiziksel istismar olduğunu düşünmektedir (134). Çalışmamızda da aynı durum söz konusu olup literatür sonuçları ile uyumludur. Ayrıca sonuçlarımız istismar-ihmalin genellikle çoklu şekillerde uygulandığına işaret etmektedir.

Çalışmamızda, hekimlerin meslek hayatlarında Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumları değerlendirilmiş ve yaş, branş, görev süresi 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 (%62,9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Branşı çocuk hastalıkları ile ilişki olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%96,9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Görev süresi 1 yıl ve altında olan grubun meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%46,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı (%79,7), eğitim almayanlardan (%57,5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sonuçlarımız istismar-ihmali tanımanın zaman alabileceğini, henüz meslek hayatının başında olan ya da bu konuda eğitim almamış hekimlerin istismar-ihmali fark etmesinin ya da tanımasının zor olduğunu düşündürmektedir. Sonuçlarımız istismar-

ihmal konusundaki eğitimin mutlaka tıp fakültesi eğitiminin erken yıllarından itibaren verilmesinin gerekli olduğuna işaret etmektedir.

Karşılaştıkları istismar-ihmal vakalarında katılımcıları en çok zorlandıkları konunun ne olduğu sorulduğunda hekimlerin en çok istismar-ihmal olayını ilgili kurumlara rapor etmede zorlandıkları (%33,8) görülmüştür. Kara tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada Çİİ vakası veya şüphesi ile karşılaşan hekimlerin hangi aşamada zorlandığı sorgulanmış, hekimlerin %58,1'i gerekli kurumlarla 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 (126). Çetin 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 (129). Bizim çalışmamız ve 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.

Çalışmamızda, hekimlerin yaş grubu, medeni durum, unvan, branş, görev süresi, çocuk sahibi olma ve Çİİ eğitimi alma durumlarına göre görev alanında karşılaştıkları Çİİ vakalarında zorlandıkları aşamalar karşılaştırılmıştır. Buna göre istismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların görev alanında ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç kısmında zorlanma oranı (%39,6), eğitim almayanlardan (%25,8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Çİİ konusunda eğitim almış olan hekimlerin ilgili kurumlara rapor etmede daha çok zorlanması bir çelişki olarak görülse de eğitim alan hekimlerin yasal süreç ve hukuki yükümlülükleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olması, bu nedenle olguların raporlanması aşamasında daha dikkatli ve titiz davranmaya çalışması bu hekimlerin ilgili kurumlara rapor etmede zorluk çekmelerinin nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin tamamına yakını (%95,5) istismar-ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını ifade etmiştir. Erol'un çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan ve uzmanlarında yaptığı çalışmada katılımcıların tamamı, Gölge ve arkadaşları 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 (8,128). Solak tarafından 2018 yılında Adana'da yapılan bir çalışmada ise Çİİ ile karşılaşan hekimlerin %42,2'si adli bildirim yapmıştır (135). Lazenbatt ve arkadaşları 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 (136). Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin çoğunluğu, Erol ile Gölge ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer şekilde, Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaşmaları durumunda bildirim yapacağını ifade etmiştir. Diğer çalışmalara bakıldığında bildirim yapma oranlarının daha düşük olduğunu 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 kadın hekimlere bildirim yapma durumları sorulduğunda daha düşük bir oran elde edilebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda, hekimlerin yaş grubu, medeni durum, unvan, branş, görev süresi, çocuk sahibi olma ve Çİİ eğitimi alma durumlarına göre görev alanında istismar-ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapma durumları değerlendirilmiştir. Branşı çocuk hastalıkları ile ilişki olan grubun çocuk istismarı/ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirimde bulunma oranı (%100), Aile hekimliği/aile hekimliği uzmanı olan gruptan (%90,6) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu fark çocuk hastalıkları ile ilişki grubun meslek hayatında daha çok istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşması ve dolayısı ile tecrübe kazanması ile açıklanabilir. Yaş grubu, medeni durum, unvan, görev süresi, çocuk sahibi olma ve Çİİ eğitimi alma durumlarına göre bildirim yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Özellikle Çİİ eğitimi almış olanlar ile almamış olanlar arasında bildirim yapma durumu açısından anlamlı bir fark olmaması, verilen eğitimin kalitesinin istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Daha kapsamlı, istismar ve ihmal olgularının her aşamasının ele alındığı, uygulamalı eğitimler düzenlenmelidir.

Bildirim yapmayı düşünenlere nasıl bildirim yapacağı sorulduğunda hekimler en fazla adli rapor tutacağını (%43,7) belirtmiş, hekimlerin %24,7'si polis çağıracağını ifade etmiştir. Bir katılımcının cinsel istismar veya ciddi fiziksel istismar söz konusu olduğunda adli rapor tutmayı ve polis çağırmayı düşünmesi, ihmal veya hafif sayılabilecek dayak, bağırma gibi durumlar söz konusu olduğunda bildirim yapmayabileceğini ifade etmesi dikkat çekmektedir. Bir katılımcı da istismar durumunda adli rapor tutarak polise haber vereceğini ancak ihmal söz konusu olduğunda hastanenin sosyal hizmet birimine bildireceğini belirtmiştir. Kara ve arkadaşlarının 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 (126). Shor tarafından İsrail'de 135 pediatrist ile yapılan bir çalışmaya göre ise hekimler daha çok sosyal hizmetlere bildirim yapmayı tercih etmektedir (137). Sarıyar'ın 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 (131). Bildirim yapmayı düşünen hekimlere sorulduğunda hekimler en fazla adli rapor tutarak bildirim yapmayı tercih etmekteyken Çİİ ile karşılaşan hekimlerin en çok ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç aşamasında zorlanması çelişki olarak görülmektedir. Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaşıp bildirim yapan kadın hekimlerin bildirim şekli ayrıca sorulmamış olup, sorulduğunda adli rapor tutma oranının daha düşük bulunabileceği düşünülebilir.

İstismar-ihmal vakası ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını ifade eden 16 katılımcının bildirim yapmama nedenleri sorulduğunda en fazla yasal süreç hakkında yeterli bilgi sahibi olmama (%38,5) yanıtı verilirken, ardından bildirim yapması durumunda zarar görebileceği endişesi (%23,1) gelmektedir. Solak'ın 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 (135). 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 (138). Sarıyar'ın yaptığı araştırmada katılımcıların bildirim yapmama nedenleri arasında ilk sırada bildirim sürecinde çocuğun zarar görebileceği endişesi yer alırken, Yılmaz ve Çalışkan tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada ise katılımcıların çoğu bildirim yapmama nedenlerini Çİİ hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları olarak ifade etmiştir (130,131). Sonuçlarımız benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Hekimler yasal süreç ve hukuki sorumlulukları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, Çİİ olgularını bildirmeleri durumunda kendilerinin veya çocuğun zarar görebileceği endişesi, çocuk koruma hizmetlerinin yetersiz kalabilmesi nedeniyle istismar ve ihmal vakalarını bildirmekte tereddüt yaşamakta ve bildirmeyebilmektedir. Bu durum mağdur olan çocukların daha fazla zarar görmesine neden olmakta, morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır.

Çocuk istismar ve ihmal vakalarının bildirilmesi yalnızca tıbbi, vicdani bir yükümlülük değil aynı zamanda hukuki bir sorumluluktur. Türk Ceza Kanunu'nun 278, 279 ve 280. maddeleri işlenen bir suç ile karşılaşma durumunda, bildirim yapılmaması halinde uygulanacak cezai işlemler ile ilişkilidir. 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 cezalandırılabileceği belirtilmektedir (6). 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 cezalandırılabileceklerini bilip bilmedikleri sorulduğunda katılımcıların yarısından fazlası (%54,6) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Al-Moosa ve arkadaşlarının 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 (139). Kaptan tarafından 2016 yılında Trabzon'da hekimler ve hemşirelerle yapılan çalışmada hekimlerin %69,8'inin, hemşirelerin ise %87,8'inin yasal sorumluklarının bilincinde

olmadığı saptanmıştır (140). Tekin ve Kaya Kılıç tarafından 2018 yılında Antalya'da sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %29,3'ünün Çİİ konusundaki kanuni yükümlülüklerini bilmediği belirlenmiştir (6). Al-Moosa ve arkadaşları ve Kaptan tarafından yapılan çalışmalarla, bizim çalışmamız ve Tekin ve Kaya Kılıç'ın çalışması karşılaştırıldığında, yıllar içinde hekimlerin yasal sorumlukları hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığını söylemek mümkündür. Bu durum son yıllarda medya ve eğitimler aracılığıyla Çİİ konusundaki farkındalığın artırılmış olması ile ilişkili olabilir. Ancak sonuçlar hala çok büyük bir bilgi açığı olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından çoğunun (%53,5) çalıştıkları kurumda Çİİ ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek bir prosedürün varlığından habersiz olduğu görülmekteyken, hekimlerin %29,7'si kurumlarında Çİİ prosedürünün bulunduğunu belirtmiştir. Kurumlarında Çİİ prosedürü bulunan hekimlere bunun düzgün işleyip işlemediği sorulduğunda çoğunluğu (%62,8) düzgün işlediğini ifade etmiştir. Kamiloğlu'nun 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 (141). Erol 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 (128). Bizim çalışmamıza ve diğer benzer çalışmalara baktığımızda katılımcıların çoğunun kurumlarındaki Çİİ prosedürü hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Çalıştıkları kurumda prosedür olduğunu söyleyen hekimlerin çoğunun bu prosedürlerin yeterli olduğunu düşünmesi mevcut prosedürler açısından umut vericidir. Ancak bu prosedürlerin düzgün işlemesi yanında hastane personelinin prosedür hakkında belli aralıklarla tekrar tekrar bilgilendirilmesi, prosedür bulunmayan kurumlarda çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşma durumunda uygulanabilecek prosedürler oluşturulması ve bu prosedürlerin düzgün işleyip işlemediğinin denetlenmesi gerekmektedir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin gelişiminde bireysel, ailesel ve toplumsal etkenler rol oynamaktadır. Çocuklar bedenlerini tanımaları için eğitilmeli, sahip oldukları hakların farkında olmalıdır. Aileler Çİİ konusunda eğitilmeli ve çocuklarını her türlü

istismar ve ihmalden korumak için gerekli önlemleri almalıdır. Çocuk hakları yasalar ile güvence altına alınmalı, Çİİ ile karşılaşılması durumunda uygulanacak yasal prosedür işlevsel olmalıdır. Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin %39,6'sı Çİİ'nin önlenmesinde öncelikli hedefin ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi olduğunu düşünmektedir. Hekimler ve sağlık personelinin ailelerin bilinçlenmesi konusunda aktif rol oynamasının yanı sıra eğitim kurumları ve medya da eğitim programlarına dahil olmalıdır.

5.1. Katılımcıların ÇİİBRTYÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş, medeni durum, unvan, branş, 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 4,13±0,3 olarak hesaplanmıştır. Alınan en düşük puan 3,13, en yüksek puan ise 4,72 olarak bulunmuştur. Yükseler tarafından 2019 yılında Malatya'da ebe, hemşire ve hekimlerle yapılan bir çalışmada ÇİİBRTYÖ genelinden aldıkları puan ortalaması 3,69 ± 0,34, Kocaer'in 2006 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin ÇİİBRTYÖ genel ölçek puanı ise 3,92±0,40 olarak saptanmıştır (133,134). Cirit'in aile sağlığı merkezinde görev yapan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ise tüm grupların genel ölçek puan ortalaması 3,71±0,36, hekimlerin genel ölçek puan ortalaması 3,84±0,35 bulunmuştur (142). Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin ölçek genelinden aldıkları ortalama puan diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Katılımcıların ölçek genelinden aldıkları ortalama puanın ve en küçük puanın 3'ün üzerinde olması Çİİ konusundaki bilgilerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın internet ortamında yapılması ve çalışmaya Çİİ konusunda daha duyarlı olan hekimlerin katılması nedeniyle genel ölçek puanı ortalamasının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Yaş grupları arasında, 40 yaş ve üstü olan grubun İİYEÖ, ÇİİAÖ alt boyutu değerleri ve genel ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Solak tarafından Adana'da aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada yaş ile ölçek puanı arasında negatif yönlü, zayıf seviyeli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (135). Demir tarafından 2012 yılında Edirne'de hekimlerle yapılan çalışmada yaş ile genel ölçek ve alt ölçek puanları arasında negatif yönde bir ilişki gözlenmiştir (143). Sarıyar'ın çalışmasında ise yaş grupları ile ölçek genelinden ve alt gruplarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (131). Bizim çalışmamızda Solak ve Demir'in çalışmasıyla benzer olarak, hekimlerin yaşı arttıkça ölçek genelinden aldıkları puan azalmaktadır. Bu durumun nedeninin çocuk istismarının son yıllarda daha çok önemsenmeye başlaması, buna bağlı olarak tıp fakültelerinde çocuk istismarı ve ihmali konulu derslere daha fazla yer verilmesi ve genç olan hekimlerin konuya daha duyarlı olması, mezuniyet öncesi Çİİ eğitimlerinin etkisi ve hizmet içi eğitimlerle yeterli bir şekilde desteklenmeyen hekimlerin bilgilerinin yıllar geçtikçe azalması olduğu düşünülebilir.

Hekimler medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Türker, Yükseler, Çatık ve Çam tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcıların medeni durumlarına göre ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (132,134,144). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Hekimlerin unvanları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Erol 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 (128). Kara'nın 2010 yılında Ankara'da pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerle yaptığı çalışmasında asistan hekimlerin bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (126). Bizim çalışmamızda ise bilgi düzeyi en yüksek olan grup asistan hekimler iken, en düşük olan grup pratisyen hekimler grubudur. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hekimlerin branşlarına göre Çİİ konusundaki bilgi düzeylerini karşılaştırdığımızda branş grupları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çocuk hastalıkları ile ilişkili, yalnızca çocuk hastaların muayene edildiği branşlarda çalışan hekimlerin Çİİ'ye ilişkin bilgi düzeyinin daha yüksek olması beklenirken, en yüksek bilgi puanı aile hekimliği asistan ve uzman hekimlerine aittir. Ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tüm hekimlerin Çİİ hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olması gerekir ancak fazla sayıda çocukla, daha kolay iletişim kurması mümkün olan çocuk hastalıkları ile ilişkili branşların bu konuda daha büyük bir hassasiyet göstermesi gerekmektedir. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında farklı branşlar arasında ÇİİBRTYÖ' den aldıkları puanlara göre yapılmış bir değerlendirmeye rastlanmamıştır.

Hekimlerin görev yaptıkları yere göre Çİİ konusundaki bilgi düzeylerini karşılaştırdığımızda; görev yapılan kurumlar arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızla benzer şekilde, Çetin tarafından aile hekimliği asistanları ile yapılan çalışmada da katılımcıların Çİİ hakkındaki bilgi düzeyleri görev yaptıkları kurumlara göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (129). Eğitim faaliyetlerinin daha yaygın yürütüldüğü Eğitim Araştırma ve Üniversite Hastanelerinde bilgi düzeyinin yüksek bulunmaması, verilen hizmet içi eğitimlerin kalitesinin artırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Hekimlerin görev yaptıkları süre ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Gruplar arasında meslekte geçirdiği süre 10 yıldan fazla olan grubun İİYEÖ ve ÇİİAÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bilgiç 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 (145). Gölge ve arkadaşlarının, sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada meslekte geçirilen süre ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, Sarıyar'ın 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

(8,131). Bizim çalışmamızda ise ölçek genelinden alınan puanlara bakıldığında meslekte geçirilen sürede 10 yıla kadar, yıllar geçtikçe mesleki tecrübe ile orantılı olarak genel ölçek puan ortalamaları artmaktayken, 10 yıl ve üzeri görev süresi olanların genel ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Mesleki tecrübe ile korele olmayan bu durumun, çocuk istismarının son yıllarda daha çok önemsenmeye başlaması, çocuk istismar ve ihmalinin tıp fakültesi eğitimlerinde son yıllarda daha fazla yer alması ve yıllar geçtikçe daha çok ihtiyaç duyulan hizmet içi eğitimlerin yeterli verimlilikte olmaması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza göre; çocuğu olanlar ve olmayan hekimler arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Kocaer tarafından 2015 yılında, Çatık ve Çam tarafından 2006 yılında yapılan çalışmalarda da çocuk sahibi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir (133,144). Sonucumuz çocuk sahibi olmanın bu konuda ek bir duyarlılık yaratmadığını düşündürmektedir.

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 ($p>0.05$). Uysal tarafından hemşire ve ebelerle yapılan bir çalışmada ebelerin sahip olduğu çocuk sayısı ile genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. 1 ve 2 çocuğu olan ebelerin Çİİ ile ilişkili bilgi düzeyi, 3 ve daha fazla çocuğu olan ebelerden daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerde ise çocuk sayısı ile istismar ve ihmal hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (146).

Çocuk sahibi olan hekimlerin, çocuklarının yaşlarına göre Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; en küçük çocuk yaşı grupları arasında, en küçük çocuğu 0-5 yaş arasında olan grubun ÇİİAÖ alt boyutu değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). En büyük çocuk yaşı grupları arasında, en büyük çocuğu 15 yaş ve üstünde olan grubun ÇİİAÖ alt boyutu değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk istismarı ve ihmalinin ailesel özellikleri ile ilişkili bilgi düzeyi en küçük çocuğu 0-5 yaş arasında olan grupta daha yüksek iken en büyük çocuğu 15 yaş ve üzerinde olan grupta daha

düşük bulunmuştur. Bulgular değerlendirildiğinde, 0-5 yaş arası çocuğu olan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin görüldüğü ailelerin özellikleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu söylenebilir. 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 4,17±0,28, Çİİ eğitimi almayan hekimlerin genel bilgi puanı ortalaması 4,09±0,32 olarak hesaplanmıştır. İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim alanların İİÇFB, İÇÜB, İİYEÖ, ÇİİAÖ alt boyutu değerleri ile genel ölçek puanları eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aldıkları eğitimin yeterli olduğunu düşünenlerin İİYEÖ ve ÇİİAÖ alt boyutu değerleri, alınan eğitimin yeterli olduğunu düşünmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Cirit'in 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 (142). Bahadır'ın Kocaeli'de asistan hekimlerle ve Kaptan'ın Trabzon'da hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde mezuniyet öncesi veya sonrasında Çİİ eğitimi aldığını belirten katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan, Çİİ eğitimi almadığını ifade eden katılımcıların aldıkları ortalama puandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (147,140). Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi ve sonrasında Çİİ hakkında eğitim verilmesi bu konudaki bilgi düzeyini, farkındalığı artıran olumlu bir gelişmedir. Bu eğitimlerin verimliliğinin artırılarak, düzenli aralıklarla tekrarlanması hekimlerin konuya olan ilgisinin devamlılığını sağlayacaktır.

Hekimler istismar/ihmal vakasını tanıma konusundaki yeterlilik seviyelerine göre değerlendirildiğinde; istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyesi kötü ve çok kötü olanların ölçek alt boyutu değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Çetin'in çalışmasında asistan

hekimlerin kendilerini yeterli görme ve görmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (129). Bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde, Altıok tarafından sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada Çİİ olgularını tanımada kendisini yeterli görmeyen katılımcıların İİÇFB hakkındaki bilgi düzeyi kendisini yeterli görenlerden anlamlı şekilde daha düşüktür (148). Yükseler'in çalışmasında ise Çİİ konusunda kendini kısmen yeterli gören katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır (134). Sonuçlara bakıldığında hekimlerin yeterlilik düzeyleri ile bilgi seviyeleri arasında pozitif yönlü bir ilişki dikkati çekmektedir. Çİİ konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların genel ölçek puanının, kendisini kötü ve çok kötü yeterlilikte görenlere göre anlamlı olarak yüksek olması hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin tanılanmasındaki yeterlilik durumları hakkındaki farkındalıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin istismar ile ihmal ayrımını yapabilme durumları karşılaştırıldığında; istismar ile ihmal ayrımını yapabilenlerin genel ölçek ve İÇÜB alt boyutu değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). 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 edenlerin İÇÜB, İİÇDB, İİYEÖ, ÇİİAÖ alt boyutu değerleri ve genel ölçek puanı istismar kabul etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bizim çalışmamızla uyumlu olarak, Sarıyar tarafından yapılan çalışmada hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olduğunu düşünenlerin ÇİİBRTYÖ'nin İİÇFB, İİÇDB, İÇÜB ve İİYEÖ alt ölçeklerinde aldığı puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (131). Çocuğa bağırmak, ona hafifçe vurmak gibi eylemler toplum tarafından çoğu zaman yadırganmamakta, aksine çocuğun eğitiminin bir parçası olarak görülebilmektedir. Ancak bu eylemler de istismar olarak ele alınmaktadır. Bizim çalışmamızda çocuğa bağırmak, hafifçe vurmak gibi uygulamaların istismar olduğunu düşünen hekimlerin

istismarcı ebeveyn ve aile özellikleri konusundaki farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu gruptaki hekimlerin Çİİ ile ilişkili genel bilgi düzeyi de diğer gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

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 ve ÇİİAÖ alt boyutu değerleri, çocukken istismara ya da ihmale uğramayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk istismarı ve ihmali toplumda oldukça sık görülmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin de azımsanmayacak bir bölümü (%24,1) çocukluğunda istismar veya ihmale uğramıştır. İstismar uygulanan ailelerde büyüyen, çocukluklarında istismar-ihmal mağduru olan hekimlerin istismarcı ebeveyn ve aileleri tanıma konusunda daha iyi oldukları görülmektedir. Literatür taramasında hekimlerin çocukluklarında istismar ve/veya ihmale uğrama öyküsü ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hekimlerin ailelerinde çocuk istismarı ve/veya ihmali öyküsü bulunma durumlarına göre Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; ailesinde istismar/ihmal öyküsü mevcut olanların İÇÜB, İİYEÖ, ÇİİAÖ alt boyutu değerleri ve genel ölçek puanı ailede istismar/ihmal öyküsü mevcut olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, hekimlerin çocukluklarında Çİİ'ye uğrama durumlarının yanı sıra aile öyküsünde istismar veya ihmal olayının bulunmasının da hekimlerin çocuk istismarı-ihmali hakkındaki bilgi düzeyini etkilediği görülmektedir. Bu durum istismar veya ihmale maruz kalan veya ailesinde istismar/ihmal öyküsü bulunan hekimlerin konuya karşı daha duyarlı ve ilgili olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde hekimlerin aile öyküsünde Çİİ'nin varlığı ile Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda; meslek hayatında istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Uysal'ın hemşire ve ebelerle, Yaman'ın 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 (146,149). Bizim

çalışmamızdan farklı olarak, literatürde hekimlerin Çİİ ile karşılaşma durumlarının bilgi düzeylerini artırdığına yönelik yayınlar da bulunmaktadır (150–152). İstismar ve ihmal olgularıyla karşılaşmanın hekimlerin bu konudaki farkındalık, tecrübe ve bilgi düzeyini artırması beklenirken bizim çalışmamızda iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum hekimlerin Çİİ olguları ile karşılaştığı süreçte bu konuda yeterli beceri kazanamaması, belki de konuya yeterli ilgiyi göstermemesinden kaynaklanmış olabilir.

Katılımcılar karşılaştıkları istismar türlerine göre sınıflandırıldığında duygusal istismar, ekonomik istismar ve ihmal ile karşılaşan hekimler ile karşılaşmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$). Fiziksel ve/veya cinsel istismar ile karşılaşan hekimlerin bilgi düzeyinin, karşılaşmayan hekimlerle istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemesinin nedeni, fiziksel ve cinsel istismarın sonuçları itibariyle daha travmatik olması ve özellikle fiziksel kanıtlar olduğunda daha kolay fark edilebilmesi olabilir. Duygusal ve ekonomik istismar ve ihmalin tanınması görece daha zor olduğu için Çİİ konusundaki bilgi düzeyi yüksek olan hekimlerin bu istismar türlerini daha iyi tanıdıkları, Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi düşük olan hekimlerin ise karşılaştıkları olguları kaçırmış olabilecekleri düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin, Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaşma durumunda zorlandıkları aşamalara göre Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; görev alanında karşılaşılan vakalarda zorlayan kısımlar arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Hekimlerin en fazla rapor etme ve yasal süreç konusunda zorlanacaklarını düşünmelerine rağmen, en yüksek ölçek puanını bu gruptaki hekimler almıştır. Bu durum hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımalarına karşın sürecin en önemli aşamalarından biri olan olguların raporlanması, bildirim yapılması konusunda eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları özellikle de hekimler için Çİİ ile karşılaşmada uygulanacak prosedürün her aşamasını kapsayan, uygulamalı hizmet içi eğitimler düzenlenerek yeterli bilgi verilmeli ve bu eğitimler güncellenerek belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Hekimlerin Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaştıklarında bildirimde bulunmayı düşünme durumlarına göre Çİİ konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Yükseler'in 2019 yılında yaptığı çalışmada çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşılması durumunda bildirim yapma durumuna göre yapılan değerlendirmede bildirim yaparım diyenlerin genel ölçek, İİÇDB ile ÇİİAÖ alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur (134). Kaptan tarafından 2016 yılında Trabzon'da pediatri kliniklerinde görev yapan hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise bizim çalışmamızla benzer olarak hekimlerin Çİİ ile karşılaşma durumunda bildirimde bulunma durumlarına göre aldıkları genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (140). Hekimlerin bilgi düzeylerinin bildirim yapmayı düşünme durumlarına etki etmemesi durumun sadece bilgi düzeyi ile ilişkili olmaması, hekimlerin bildirim yapmaları durumunda çocuğun veya kendilerinin şiddet görebileceğini düşünmeleri, istismar veya ihmal olayını kanıtlayan yeterli delil bulunmaması, doğru olmayan suçlamalardan çekinmeleri gibi nedenlerle açıklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda; hekimlerin çalıştıkları kurumdaki Çİİ prosedürü hakkındaki bilgi durumları arasında ÇİİBRTYÖ alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0.05). Erol'un 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 (128). Kabakoğlu ve Altıok tarafından yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer olarak hekimlerin Çİİ hakkındaki bilgi düzeyi ile kurumlarındaki prosedür varlığına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (148,153). Çalışmamızda hekimlerin kurumlarındaki prosedür varlığına ilişkin görüşleri ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeninin var olan prosedürlerin genel olarak düzgün bir şekilde işlemiyor olması olabilir. Nitekim katılımcıların %14,2'si prosedürün düzgün işlemediğini belirtmiş, %67,2'si de kararsız kalmıştır.

Hekimlerin bilgi düzeyi Çİİ'nin bildirim yükümlülüğü hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırıldığında; 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 cezalandırılabileceğini bilenlerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri

puanı alt boyutu değerleri, bilmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kabakoğlu'nun 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 (153). Tugay 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 (154). Literatüre bakıldığında Çİİ ile karşılaşma durumunda bildirim yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin dahi bildirim yapılmaması durumunda hapis cezası alabileceklerini bilmedikleri görülmektedir (128,155). Bunun nedeninin katılımcıların kanun maddelerinden haberdar olmaları ancak kanun içeriğini okumamaları olduğu düşünülebilir. Kabakoğlu'nun çalışması ile benzer olarak bizim çalışmamızda da kanun bilgisine sahip olma yönünden sağlık çalışanları arasında tek bir alt ölçek puan ortalamasında anlamlı fark tespit edilmiş olup, genel ölçek ve diğer alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde, katılımcıların Çİİ belirti ve bulgularını tanıma konusunda yeterli olsalar da istismar ve ihmalin yasal boyutu ve kanun maddeleri ile yeterince ilgilenmedikleri ve hukuki anlamda bilgi eksiği bulunduğu görülmektedir. Bu durum yapılacak hizmet içi eğitimlerde dikkate alınarak, özellikle sağlık çalışanları ve öğretmenler gibi Çİİ'nin önlenmesinde önemli rol oynayan mesleklerin yasal sorumluluklar ve kanun maddeleri hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Çalışmamıza katılan hekimlere Çİİ hakkında daha fazla bilgi almak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Gruplar arasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt boyutları değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bilgiç'in çalışmasında bizim çalışmamızla benzer olarak Çİİ konusunda bilgilenmek katılımcılar ile istemeyenler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (145). Sonuçlar değerlendirildiğinde; Çİİ konusunda bilgi almak istemeyen hekimlerin arasında konu

hakkındaki bilgi eksikliğinin farkında olmayan veya konuyu çok fazla önemsemeyen hekimler olduğu düşünülebilir.

Alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; bizim çalışmamızda istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinin (İÇÜFB) ölçüldüğü alt ölçek puanı ortalaması 4,35±0,34 olarak bulunmuştur. Solak'ın 2018 yılında Adana'da hekimlerle yaptığı bir çalışmada İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması 4,06±0,36, Bilgiç tarafından 2015 yılında Denizli'de yapılan çalışmada ise İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması 3.87±0.39 bulunmuştur (135,145). Diğer çalışmalara baktığımızda, çalışmamıza katılan kadın hekimlerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri hakkındaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Bu sonuç sevindirici olmakla birlikte, toplumda fiziksel istismara ait bulgular ve sıklıkla nerelerde görüldüğüne yönelik bilgi eksikliklerinin giderilmesi yerinde olacaktır.

Çalışmamızda ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerinin (İÇÜB) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 4,43±0,53 olarak bulunmuştur. Cirit'in Mersin'de 2015 yılında sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,91±0,58 bulunmuştur (142). Türker tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada aile hekimlerinin İÇÜB alt ölçek puanları ortalaması 4,33±0,50, hemşire ve ebelerin İÇÜB alt ölçek puanları ortalaması 4,08±0,68 olarak hesaplanmıştır (132). Çalışmamıza katılan hekimlerin ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri hakkındaki bilgi düzeyi diğer çalışmalardaki hekimler ile karşılaştırıldığında katılımcılarımızın daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Genellikle ihmal istismara göre daha zor fark edilmekte veya fark edilse bile göz ardı edilmektedir. Hekimlerin ihmal belirtilerini tanıma düzeylerinin yüksek olması son derece sevindiricidir. Yine günümüze yaklaştıkça puanların yükselmesi konuyla ilgili duyarlılığın artması ile izah edilebilir.

Çalışmamızda istismar ve ihmalin çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinin (İÇÜDB) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 4,22±0,35 olarak hesaplanmıştır. Yükseler'in çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,78 ± 0,40 olarak bulunmuştur (134). Sarıyar tarafından 2019 yılında Van'da sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada tüm katılımcıların istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,88 ± 0,40, çalışmaya katılan doktorların puan ortalaması ise 3,99 ±

0,40 olarak hesaplanmıştır (131). Literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki kadın hekimlerin istismar ve ihmalin çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri konusundaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerinin (İİYEÖ) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,94±0,41 olarak bulunmuştur. Yaman'ın 2017 yılında hekimlerle yaptığı çalışmasında İİYEÖ alt ölçek puan ortalaması 3,65±0,58 olarak bulunmuştur (149). Yaman'ın çalışması ile karşılaştırdığımızda çalışmamıza katılan hekimlerin çocuklarına istismar ve ihmal davranışlarında bulunma ihtimali fazla olan ebeveyn özelliklerini daha iyi bildiğini söylemek mümkündür.

Çalışmamızda istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin (İİYÇÖ) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 3,15±0,46 olarak bulunmuştur. Hekimlerin en düşük puan ortalamasına sahip oldukları alt grup istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin sorgulandığı gruptur. İİYÇÖ alt ölçeğinden alınan en düşük puan 1,67, en yüksek puan ise 4,33'tür. Altıok tarafından 2019 yılında doktor, hemşire ve ebelerle yapılan bir çalışmada İİYÇÖ alt ölçek puan ortalaması doktorlarda 3,51±0,43, hemşirelerde 3,42±0,55, ebelerde 3,35±0,39 olarak hesaplanmıştır (148). Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda bizim çalışmamızda hekimlerin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri hakkındaki bilgi düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Çİİ'nin önlenmesinde istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerinin bilinmesi son derece önemlidir. Bu çocuklar erken dönemde fark edilebilirse Çİİ'nin engellenmesi ve çocuktaki hasarın azaltılması mümkündür.

Çalışmamızda çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özelliklerin (ÇİİAÖ) ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması 4,23±0,56 olarak bulunmuştur. Yıldırım'ın 2018 yılında Karabük'te sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında tüm katılımcıların ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması 2,3±0,6, hekimlerin alt ölçek puan ortalaması ise 2,3±0,5 olarak hesaplanmıştır (156). Kocaer tarafından 2006 yılında hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması tüm katılımcılarda 3,74±0,52, hekimlerde ise 3,71±0,31 bulunmuştur (133). Sonuçlarımızı diğer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırdığımızda katılımcılarımızın çocuk istismarı ve ihmali görülen ailelerin özellikleri hakkındaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemen hemen tüm alanlarda bilgi düzeyinin literatürdeki çalışmalara göre daha yüksek olması çalışmamızın konu ile ilgili duyarlılığın arttığı bir dönemde yapılması,

yalnızca kadın hekimlerin katılması, konuya ilgisi olan hekimlerin çalışmaya katılmayı seçmesi ile açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın hekimlerin, çocuk itismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve yaklaşımlarının değerlendirildiği çalışmamıza, 22.000 civarında üyesi bulunan Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı (KAHEV) Grubu üyesi olan 381 kadın hekim katılmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı (%48,8) 24-29 yaş arasında bulunmaktadır. Katılımcıların %58,3'ü evlidir, %63,2'sinin çocuğu yoktur. En fazla kişi sayısına sahip olan grup aile hekimliği asistanı veya uzmanı (%33,6) olarak çalışan gruptur. Hekimlerin yaklaşık yarısı (%44,9) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yaparken, katılımcıların yarısından çoğunun (%52,5) görev süresi 1-5 yıl arasındadır

- Çalışmamıza katılan hekimlerin %53'ü tıp fakültesi eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasında çocuk istismarına yönelik eğitim almıştır. Eğitim alanların çoğunluğu (%65,8) aldıkları eğitimi yetersiz bulduğunu belirtmiştir.
- Katılımcıların istismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik durumları sorulduğunda hekimlerin önemli bir kısmı (%66,7) kendisini orta yeterlilikte nitelendirirken, %16'sı yetersiz (kötü ve çok kötü) olduğunu ifade etmiştir.
- Hekimlerin %44,9'u istismar ile ihmal ayrımını yapabileceğini düşünmektedir.
- Çalışmaya katılan hekimlerin %94,2'si Çİİ konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini ifade etmiştir.
- Çalışmaya katılan hekimlerin %24,1'i çocukken istismar veya ihmale maruz kalmıştır ve %20,5'inin ailesinde istismar/ihmal öyküsü bulunmaktadır.
- Hekimlerin %69,3'ü meslek yaşamlarında istismar/ihmal vakası ile karşılaşmıştır. En çok karşılaşılan istismar türü fiziksel istismar (%69,7) iken, ardından ihmal (%61,4), duygusal istismar (%50,7), cinsel istismar (%50) ve ekonomik istismar (%22) gelmektedir. Hekimlerin %65,5'i en az iki farklı istismar-ihmal türü ile karşılaşmıştır.
- Mesleki hayatında Çİİ şüphesi veya olgusu ile karşılaşan hekimlerin en çok zorlandıkları durumlar içinde ilk sırada %32,6 ile ilgili kurumlara rapor etme, ikinci olarak %26,9 ile öykü alma ve üçüncü olarak %20,8 ile ebeveynlerin tepkisi yer almaktadır.

- Çalışmamıza katılan hekimlerin %94,7'si istismar-ihmal şüphesi veya olgusu ile karşılaştığında bildirim yapacağını ifade etmiştir. Bildirim yapacağını belirten hekimlere bildirim yapma şekilleri sorulduğunda, hekimler en fazla "adli rapor tutma" (%45,7) ardından "polis çağırma" (%26) ve "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na haber verme" (%11,9) yanıtını vermiştir.
- Çİİ ile karşılaşma durumunda bildirim yapmayacağını ifade eden hekimlerin bildirim yapmama nedenlerinden ilki yasal süreç hakkında yeterli bilgi sahibi olmama (%38,5), ikincisi bildirim yapması durumunda zarar görebileceği endişesidir (%23,1).
- Çalışmamıza katılan hekimlerin %45,4'ü TCK'ya göre Çİİ ile ilgili yasal bildirim yükümlülüğü hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.
- Görev yaptıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili prosedür olup olmadığı sorgulandığında; hekimlerin %53,5'i Çİİ prosedürünün varlığı hakkında bilgi sahibi değilken, %29,6'sı çalıştıkları kurumda Çİİ ile ilgili prosedürün olduğunu belirtmiştir. Kurumlarında Çİİ prosedürü bulunan hekimlerin %62,8'i bu prosedürün düzgün işlediğini ifade etmiştir.
- Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğu (%39,6) Çİİ'nin önlenmesinde öncelikli hedefin ailenin bu konuda bilinçlendirilmesi olduğunu düşünmektedir.
- Hekimlerin bilgi düzeyini değerlendirmek için kullandığımız Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) formunda en yüksek oranda doğru yanıt verilen bölümler; ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt grupları olmuştur.
- Katılımcıların bölümler içinde en düşük bilgi puanını almış oldukları bölüm istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt grubu olmuştur ve hekimlerin bu alt gruptan aldıkları ortalama puan 3,15±0,46'dır.
- Çalışmamıza katılan hekimlerin ÇİİBRTYÖ genelinden aldıkları puan ortalaması 4,13±0,3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların aldığı en düşük puan 3,13, en yüksek puan ise 4,72 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 5 olmakla beraber katılımcıların ortalama puanlarının 3'ün üzerinde olması, hekimlerin Çİİ ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir.

- ÇİİBRTYÖ genelinden aldıkları puanları etkileyen faktörler ele alındığında, hekimlerin Çİİ konusundaki bilgi puanları medeni durum, unvan, branş, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, çocukların cinsiyeti, görev yapılan kurum, meslek yaşamlarında Çİİ vakasıyla karşılaşma durumu, Çİİ ile karşılaşma durumunda bildirimde bulunmayı düşünme durumları, bildirim şekilleri, görev alanında karşılaşılan vakalarda hekimleri en çok zorlayan aşamalar, hekimlerin çalıştıkları kurumlarda Çİİ prosedürü bulunma ve düzgün işleme durumu ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak isteyip istememelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Diğer taraftan hekimlerin bilgi düzeyleri arasında yaş grupları, görev süreleri, Çİİ eğitimi alma ve alınan eğitimin yeterli olup olmaması durumu, çocuğu olanların çocuklarının yaşları, istismar ve ihmal vakalarını tanıma ve birbirinden ayırt edebilme durumu, hekimlerin çocuklukta istismar/ihmale uğraması veya aile öyküsünde Çİİ olgusunun bulunması, duygusal istismar, ekonomik istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve hekimlerin Çİİ'nin bildirimi ile ilişkili yasal sorumluluklarının bilincinde olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadın hekimlerin, Çİİ'yi tanıma ve farkındalık düzeyleri, çalışmamızın bulgularına göre yeterli bulunmuştur. Bununla beraber hekimler bir istismar veya ihmal vakası ile karşılaştığında süreci yönetmekte zorlanmakta, özellikle yasal prosedür konusunda kendilerini yetersiz hissetmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir:

- Tıp fakültelerinde Çİİ ile ilgili derslerin sayısı artırılmalı, ders içerikleri istismar ve ihmali tanıma ve yasal prosedür de dahil olmak üzere tüm süreci kapsayacak şekilde, standart olarak düzenlenmelidir.
- Mezuniyet sonrası dönemde, öncelikle çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili alanlarda çalışanlar olmak üzere tüm hekimlere ve hemşirelere Çİİ konusundaki bilgi düzeylerini yükseltmeye yönelik belirli periyotlarda, sistematik ve sürekli eğitim programları planlanmalıdır.
- Hekimlerin, Çİİ'ye yönelik uygulanması gereken yasal prosedür, bu konuda hizmet veren kuruluşlar ve bunlarla nasıl iletişim kurulması gerektiği hakkındaki bilgi düzeyi yetersiz görünmektedir. Bu nedenle bütün sağlık kuruluşlarında Çİİ

ile karşılaşma durumunda uygulanacak bir prosedür düzenlenmeli ve hizmet içi eğitimlerle personele bu konuda bilgi verilmelidir.

- Hekimler başta olmak üzere bütün sağlık çalışanları, istismar veya ihmal ile karşılaşma durumunda sahip oldukları yasal sorumlulukları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Çocuk istismarı ve ihmalinin takip ve tedavisi multidisipliner bir çalışma ile mümkündür. Bunun sistemli şekilde gerçekleştirildiği yerler "Çocuk İzlem Merkezleri" olarak adlandırılmakta ve bu merkezlerde savcılıklar, çocuk mahkemeleri, sağlık kuruluşları ve diğer kurumlar arasında bağlantı sağlanarak, mağdur olan çocukların süreç içinde daha fazla zarar görmesi engellenmekte ve çocukların korunması sağlanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali tıbbi, hukuki ve sosyal bir sorun olduğu için, hekimlerin hukukçular ve sosyal hizmet kurumları ile birlikte çalışması gerekmektedir.

Aile hekimleri sağlık sisteminin ilk basamağı olması, çocuk hastaların sıklıkla kendilerine başvurması, hasta bilgilerine sahip olmaları ve hastaları uzun süre yakından takip etme fırsatı bulabilmeleri nedeniyle risk faktörlerinin belirlenmesi, istismar ve ihmal olaylarının önlenmesi, ailelerin bilinçlendirilmesi, mağdur olan çocukların fark edilebilmesi konusunda son derece önemli bir konuma sahiptir. Bu nedenle aile hekimleri için Çİİ olgularının tanınmasına ve sürecin işleyişine yönelik çocuk istismar ve ihmali ile ilgili eğitimler düzenlenmeli, hekimlerin farkındalığı sağlanmalıdır. Hangi sebeple olursa olsun muayeneye getirilen her çocukta istismar ve ihmal belirtileri açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Bu sayede Çİİ vakaları erken dönemde tanınabilirken, çocuğun fiziksel ve ruhsal açıdan zarar görmesi, yaralanması, kalıcı olarak sakatlanması hatta ölmesinin önüne geçilecektir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Covid-19 pandemisi nedeniyle iş yükü artan hekimlerin boş vakitlerinin sınırlı ve çalışmaya katılma konusunda motivasyonlarının düşük olması çalışmamızın sınırlılıklarıdır. İstekli hekimlerin çalışmaya katılması bilgi puanının yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Konu ile ilgili daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çıkar Çatışması

Çalışmamızda çıkar çatışması bulunmamaktadır.

7.KAYNAKLAR

1. Turhan E, Sangün Ö, Inandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2006;15(9):153-7.
2. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organisation, 2006.
3. Kaytez N, Yücelyiğit S, Kadan G. Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. Avrasya Sağlık Bilim Derg. 2018;1(1):18-24.
4. Öztop DB. Depresyon ve istismar. Turk Klin J Psychiatry. 2012;5(2):46-50.
5. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA. 1962;181(1):17-24.
6. Tekin HH, Kılıç AK. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2020;29(2):85-94.
7. Yarar F, Yar F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Türkiye Aile Hekim Derg. 2011;15(4):178-83.
8. Golge ZB, Hamzaoglu N, Turk B. Assesment of medical staff awareness about child abuse and neglect. Turk J Forensic Med. 2012;26(2):86-96.
9. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2013;22(4):591-614.
10. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi,1959. Erişim adresi: http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf Son erişim tarihi: 22/05/2021.
11. Çocuk Koruma Kanunu, 2005. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf Son erişim tarihi: 22/05/2021.
12. Yelboğa N. Çocuk hakları bağlamında cinsel istismarın incelenmesi. Sos Çalış Derg. 2019;3(2):202-21.
13. Çamurdan A. Çocuk ihmali. İçinde: Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. 1.Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi; 2006. s. 35-47.
14. Peltek Kendirci HN, Şaylık F, Yılmaz G, Uslu R. Bir çocuk ihmali vakası. Turk Klin J Pediatr. 2008;17(3):198-202.
15. Deleş B. Sarsılmış bebek sendromu. İzmir Democr Univ Health Sci J. 2018;1(3):1-13.
16. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalık Derg. 2004;47(2):140-51.
17. Yıldırım Ş. 2000'li yıllarda çocuk koruma sistemi içinde bakım hizmetlerinin genel görünümü. Celal Bayar Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2017;15(1):87-110.
18. Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2017;6(1):129-39.
19. Dedeler M, Öpöz T, Öztürk C. Çocukluk çağı cinsel istismarına yönelik tedavi ve önleme yaklaşımları: bir gözden geçirme. AYNA Klin Psikol Derg. 2016;3(1):28-43.
20. Aydın İ. Türkiye'de çocuk istismarı ve çocuk işçiliği. İş ve Hayat. 2018;4(7):65-81.
21. Üstündağ A, Şenol F, Mağden D. Ebeveynlerin çocuk istismarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bilinçlendirilmesi. Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi "Erken Müdahale", Sözel Bildiriler, 2015, 212-27.
22. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2009;9(1):49-62.

23. Mete BK, Bilge F. Çocuk istismarı: stres, aile işlevselliği, sosyal yalıtım, kabul/red. Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Derg. 2018;8(51):213-46.
24. Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2016. Erişim Adresi: https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/35811/taya-2016.pdf Son Erişim Tarihi: 30/05/2021.
25. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacet Tıp Derg. 2004;35(2):82-6.
26. Mohammadi MR, Zarafshan H, Khaleghi A. Child abuse in Iran: a systematic review and meta-analysis. Iran J Psychiatry. 2014;9(3):118-24.
27. Child Maltreatment, 2010. Erişim adresi: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/child_maltreatment_2010.pdf Son erişim tarihi: 30/05/2021.
28. Child Maltreatment 2011. Erişim adresi: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm11.pdf Son erişim tarihi: 30/05/2021.
29. Kar H, Dokgöz H. Çocukta fiziksel istismar. TurkKlin J Child Psychiatry-Spec Top. 2017;3(3):175-80.
30. Önal SÇ, Celbiş O, Özdemir B, Yöndem Özdemir M. Child abuse. Türk Nöroşirürji Derg. 2013;23(2):124-7.
31. McDonald KC. Child abuse: approach and management. Am Fam Physician. 2007;75(2):2218.
32. Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2010;76(4):31726.
33. Anıl AB, Anıl M, Astarcıoğlu G, Şen S, Aksu N. Çocuk istismarına bağlı ölümcül kafa travması: iki vaka. Çocuk Derg. 2009;9(4):199-202.
34. Sink EL, Hyman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse: the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. Clin Orthop. 2011; 469 (3):790-7.
35. Scherl SA. Orthopedic aspects of child abuse. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/orthopedic-aspects-of-child-abuse Son erişim tarihi: 29/05/2021.
36. Kaya E. Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. Güncel Pediatri. 2010;8:30-5.
37. Christian C. Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-evaluation-and-diagnosis-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children Son erişim tarihi: 30/05/2021.
38. Aşırdizer M. Acil Servislere Başvuran Çocuk ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006;2(50):39-48.
39. Başbakkal Z. Silkelenmiş Bebek Sendromu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fak Derg. 1998;14(3):317-30.
40. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. Can Fam Physician Med Fam Can. 2013;59(8):831-6.
41. Roesler TA, Jenny C. Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/medical-child-abuse-munchausen-syndrome-by-proxy Son erişim tarihi: 28/05/2021.
42. Tümer A, Odabaşı A, Özdemir D, Kaynak A. Çocuk istismarının ağır bir türü: Bakım Verenin Yapay Bozukluğu'na (MunchausenBy Proxy Sendromu) hukuki ve tıbbi bakış. Uyuşmazlık Mahkemesi Derg. 2015;1(6):581-608.

43. Özdemir DF. Psychodynamic aspects and clinical approach to the concepts of factitious disorder / factitious disorder imposed on another: a review. J Clin Psychiatry. 2020;23(4):503-17.
44. Meraki S, Çalık Var E. Alt-sosyo ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeylerinin incelenmesi. Türkiye Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg. 2019;2(1):1-12.
45. Türkiye'de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014. Erişim adresi: https://bernardvanleer.org/app/uploads/2017/02/Research-domestic-violence-against-children-aged-0-8-years-in-Turkey-Turkishef5b.pdf Son erişim tarihi: 31/05/2021.
46. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2009;4(12):51-65.
47. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhutiyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2002;24(3):128-34.
48. Yalçın H, Koçak N, Duman G. Anne babaların çocuk istismarıyla ilgili tutumlarının incelenmesi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sos ve Ekon Araştırmalar Derg. 2014;16(1):137-43.
49. Koçak C, Büyükgönenç L. Toplumdaki bireylerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve görüşleri. Hitit Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2011;4(1):89-104.
50. Gümüştaş F, Yulaf Y, Gökçe S, Sağlam S, Koyuncu Kütük E. Adıyaman İlinde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Yönlendirilen Adli Olguların Bir Yıllık Geriye Dönük İncelenmesi. Cukurova Med J. 2014;39(2):280-9.
51. Bechtel K, Bennett B. Evaluation of sexual abuse in children and adolescents. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sexual-abuse-in-children-and-adolescents Son erişim tarihi: 31/05/2021.
52. Karakartal D. Cinsel istismarın önlenmesinde cinsel eğitimin önemi. Uluslar Beşeri Bilim ve Eğitim Derg. 2020;6(13):145-56.
53. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2009;1:95-119.
54. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):321-37.
55. Çalışkan Z, Sağlam M. Cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan uzmanların gözünden mağdur çocukların özellikleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;4(2):6-11.
56. Kılıç A. Çocuk istismarı ve ihmalini önlemede kanıta dayalı yaklaşımlar. Fırat Tıp Dergisi. 2018;23(3):107-12.
57. Bağcı G, Pekşen TF, Askay M, Aydoğdu Hİ, Kırcı GS, Özer E. Cinsel istismar olgularına yaklaşım. Klin Tıp Aile Hekim Derg. 2019;11(1):23-26.
58. Karataş Z. Çocukların cinsel istismardan korunmasında çocuk adalet sisteminin önleyici fonksiyonu. Türkiye Sos Hizmet Araştırmaları Derg. 2018;2(2):130-47.
59. Şimşek Ş, Uysal C, Gençoğlan S, Bez Y. Türkiye'de çocuk cinsel istismarı: gözden geçirme çalışması. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg. 2013;4(14):39-48.
60. Öztürk AB. Çocuğun cinsel istismarı ve aileyle çalışma. Toplum ve Sos Hizmet. 2009;20(2):89-98.
61. Aydemir İ, Yurtkulu F. Çocuğa yönelik cinsel istismarla mücadelede: çocuk izlem merkezi. Ank Sağlık Bilim Derg. 2012;1(2):151-65.

62. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Derg. 2014;15(2):194-201.
63. Yiğit R. Çocukların cinsel istismarı ve ensest. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2005;8(3):90-100.
64. Oaksford KL, Frude N. The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university sample in the UK. Child Abuse Rev. 2001;10(1):49-59.
65. Yıldız S. Uluslararası ve ulusal yasal düzenlemeler çerçevesinde internet üzerinde çocuk pornografisi. Erciyes İletişim Derg. 2009;1(1):180-96.
66. Çeçen AR. Çocuk cinsel istismarı: sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. Uluslar İnsan Bilim Derg. 2007;4(1):1-17.
67. Bozkurt G, Yorulmaz C, Sönmez Düzkaya D. Çocuklarda cinsel istismara bağlı travma sonrası stres bozukluğu: olgu analizi. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg. 2014;1:68-74.
68. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. Child Abuse Negl. 1993;17(1):59-66.
69. Koç EM, Şahin Dağlı F, Kahveci R, Başer DA, Özkara A. Çocuk istismar ve ihmaline birinci basamakta yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2014;23(6):242-8.
70. Sağlam Ö, Salman Ö. Çocuk cinsel istismarının hukuk, sağlık ve eğitim boyutlarına sosyal hizmet perspektifinden bakış: olgu sunumu. Aydın Sağlık Derg. 2020;6(2):219-34.
71. Alyanak B. Şiddet ve çocuk. Klin Tıp Pediatri Derg. 2019;11(1):37-43.
72. Soner S, Aykut S. Dissosiyatif kimlik bozukluğu temelinde sosyal bir sorun: ensest ve sosyal hizmet. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2017;1(2):129-41.
73. Göker Z, Aktepe E, Hesapcıoğlu ST, Kandil S. Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 2010;17(4):15-21.
74. İşçibaşı Y. İletişim teknolojisinin uluslararası sorunu: internette çocukların cinsel istismarı. Kurgu Dergisi. 2005;21(21):143-67.
75. Erdoğan A. Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2):132-60.
76. Sözer H. Bir çocuk istismarı formu olarak çocuk evlilikleri: kültüre sığınmanın sınırları. Sosyal Araştırmalar Derg. 2020;23(1):157-91.
77. Coşkun BN, Duman N. Çocuk evliliklerine yönelik tutumların incelenmesi (Malatya ili örneği). Dünya İnsan Bilim Derg;2020(1):121-38.
78. Boran P, Gökçay G, Devecioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler. Marmara Med J. 2013;26:58-62.
79. Zengin D, Yardımcı F, Başbakkal DZ. Çocuk yaşta yapılan evliliklerin etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2018;34(2):89-97.
80. Duman N, Coşkun BN. "Çocuk yaşta evlilik" ya da "Çocuk gelin" olgusuna psikososyal bir bakış. Uluslar Bilimsel Araştırmalar Derg IBAD. 2019;4(2):267-76.
81. Şen S, Kavlak O. Çocuk gelinler: erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Derg. 2011;7(25):35-44.
82. Güzelyurt T. Okul öncesi dönemde cinsel eğitim ve istismar: çocuk kitaplarına yönelik bir inceleme. Uluslararası Çocuk Edebiyatı ve Eğitim Araştırmaları Dergisi. 2020;4(1):54-69.
83. Bozbeyoğlu AÇ, Koyuncu E, Kardam F, Sungur A. Ailenin karanlık yüzü: Türkiye'de ensest. Sosyoloji Araştırmaları Derg. 2010;13(1):1-37.
84. Bilgili Ö. Çocuk işçiliğinin denetimi. Sos Güven Derg. 2018;8(2):195-214.

85. Tat D. Avrupa birliği aday ülkelerinde çocuk işçiliği: çocuk işçiliğini önleme politikaları önerileri. Birey ve Toplum Sos Bilim Derg. 2016;6(1):107-48.
86. Sunal O. Gelir düzeyi ve çocuk emeği arasındaki ilişki: ülkelerarası bir karşılaştırma. Ank Üniversitesi SBF Derg. 2011;66(1):117-28.
87. Kılıç C. Gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye'de çocuk işgücü kullanımı (Çocuk İşçiliğini Önleme Uluslararası Programı – IPEC). Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2001;9(1-2):49-63.
88. Yolcuoğlu İG. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2010;21(1):73-83.
89. Harper NS, Foell R. Child neglect: Evaluation and management. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/child-neglect-evaluation-and-management Son erişim tarihi: 31/05/2021.
90. Caglar D. Evaluation of weight loss in infants over six months of age, children, and adolescents. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-weight-loss-in-infants-over-six-months-of-age-children-and-adolescents Son erişim tarihi: 29/05/2021.
91. Erdoğan Y, Aslan D. Okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik algıları. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2020;16(1):104-32.
92. Christoffersen MN, Depanfilis D. Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. Child Abuse Rev. 2009;18(1):24-40.
93. Ulukuş A, Ezen M, Şayık D, Musmul A, Açıkgöz A. Acil kliniğe başvuran ihmal ve/veya istismar tanısı alan 0-18 yaş grubu çocukların özelliklerinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 2019;8(1):15-20.
94. Gönener H. Zihinsel engelli çocuklarda ihmal-istismar ve hemşirelik bakımı. J Exp Clin Med. 2010;27:137-43.
95. Üstündağ A. Duygusal ihmal ve istismara uzmanların bakış açısı. J Econ Cult Soc. 2020;61:125-40.
96. Dinleyici M, Dağlı FŞ. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü / Emotional abuse, neglect and the role of pediatrician. Osmangazi Tıp Derg. 2016;38(2):18-27.
97. Karasu F, Bilgen FG. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışları. Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2017;7(13):22-34.
98. Deveci SE, Açık Y. Çocuk istismarı nedenlerinin incelenmesi. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2003;12:396-405.
99. Soysal AŞ, Bayoğlu BU, Gücüyener K. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. Çocuk Sağlığı ve Hast Derg. 2011;54(3):148-53.
100. Dukewich TL, Borkowski JG, Whitman TL. Adolescent mothers and child abuse potential: an evaluation of risk factors. Child Abuse Negl. 1996;20(11):1031-47.
101. Browne K. Preventing child maltreatment through community nursing. J Adv Nurs. 1995;21(1):57-63.
102. Wolfe DA, Reppucci ND, Hart S. Child Abuse Prevention: Knowledge and Priorities. J Clin Child Psychol. 1995;24(Suppl):5-22.
103. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg J, Fischer E. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. Am J Public Health. 1994;84(10):1586-90.

104. Çalışkan Z, Evgin D, Musalli E, Akşit B, Durgun ÖN, Türe N. Annelerin Çocuklarına Yönelik İstismar-İhmal Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Güncel Pediatri. 2019;17(3):387-99.
105. Keser N, Odabaş E, Elibüyük S. The evaluation of parents' knowledge about child. Turk J Pediatr Dis. 2010;4(3):150-7.
106. Ünsal A. Çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etmen olarak aile. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 1998;14(3):301-15.
107. Söngüt S, Özakar Akça S. Çocuk istismarı ve pediatri hemşiresinin rolü. Zeynep Kamil Tıp Bül. 2019;50(4):241-50.
108. Karataş S. Suça sürüklenen çocuklar ve suç mağduru çocuklara yönelik bir değerlendirme. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):575-86.
109. Özgentürk İ. Çocuk istismarı ve ihmal. Uluslar İnsan Bilim Derg. 2014;11(2):265-78.
110. Yılmaz EB. Çocuk istismarının önlenmesinde kullanılan programlar ve özellikleri. Anadolu Hemşire ve Sağlık Bilim Derg. 2013;16(4):255-9.
111. Merkezleri İ, Yüksel F, Keser N, Odabaş E, Kars GB, Yurtkulu F, vd. Çocuk istismarı ve çocuk izlem merkezleri. Tıbbi Sos Hizmet Derg. 2013;(2):18-22.
112. Nasıroğlu S. Çocuk istismarında rehabilitasyon ve tedavi merkezleri. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(1):67-78.
113. Erdem Y. Çocuk istismarı ve fiziksel değerlendirme, önleyici yaklaşımlar. Polat S, editör. Çocukluk Çağında Sık Karşılaşılan Adli Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2020;48-51.
114. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am. 1999;17(3):575-93.
115. Zeyfeoğlu Y, Uluçay T, Yavuz MS, Aşırdizer M. Adli tıbbi uygulamalarda hatalı tanımlama, yanlış karar: olgu sunumu. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010;16(2):185-8.
116. Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu. Çocuk İzlem Raporu, 2015. http://web.e_baro.web.tr/uploads/61/2015/cim%20tr.pdf
Son Erişim Tarihi: 15/03/2021.
117. Beyazova U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(Suppl):16-8.
118. Gülpınar MA, Gürpınar E, Songur A, Vitrinel A. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı, 2014. Erişim adresi: https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/medtip_752c6.pdf Son erişim tarihi: 31/05/2021.
119. Akyüz E. Ulusal ve uluslararası hukukta çocuğun haklarının ve güvenliğinin korunması. Ankara,Milli Eğitim Bakanlığı,2000.
120. Uğurlu Z, Gülsen İ. Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. Uluslar Sos ve Eğitim Bilim Derg. 2014;1(1):36-58.
121. Koca M. Çocuk istismarında ihbar yükümlülüğü. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2012;3(1):113-28.
122. Kiziroğlu SK. Türk Ceza Hukukunda çocuk düşürtme, düşürme ve kısırlaştırma suçları. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Derg. 2013;19(2):165-90.
123. Demir R. Türk Medeni Kanunu'na göre çocuğun kişiliğinin korunması. Süleyman Demirel Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2019;9(2):271-303.
124. Başpınar V. Yeni Türk Medeni Kanunu hakkında bazı düşünceler. Ank Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 1999;3(2):1-13.

125. Şanyüz Ö. Çocuk istismarına hekimlerin yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman Prof. Dr. Gürsel Çetin).
126. Kara Ö, Suskan E, Çalışkan D. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Türk Pediatri Arş. 2014;49(1):57-65.
127. Kanat M. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı konusundaki farkındalıkları: tespitler ve öneriler. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman Yrd. Doç. Dr. Itır Erkan).
128. Erol D. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ve uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hast. ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, İstanbul (Danışman Doç. Dr. Çağatay Nuhoğlu).
129. Çetin E. İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020, İzmir (Danışman Doç. Dr. Esra Meltem Koç).
130. Yılmaz B, Çalışkan D. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu. 2019;4(2):78-89.
131. Sarıyar A. Van ilinde çalışan sağlık çalışanlarının çocuk istismarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, Van (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Dilek Kuşaslan Avcı).
132. Türker G. Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Konya (Danışman Prof. Dr. Aliye Mavili).
133. Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı, Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu).
134. Yükseler A. Malatya ilinde çalışan sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Malatya (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Mucahit Oruç).
135. Solak Y. Adana il merkezi aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktorların çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Adana (Danışman Prof. Dr. Banu Elçin Yoldaşcan).
136. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. J Adv Nurs. 2006;56(3):227-36.
137. Shor R. Pediatricians in Israel: Factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. Child Abuse Negl. 1998;22(2):143-53.
138. Borres MP, Hägg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. Pediatr Int. 2007;49(2):177-82.

139. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse Negl. 2003;27(10):1161-78.
140. Kaptan D. Trabzon il merkezindeki pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri, Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Trabzon (Danışman Yrd. Doç. Dr. İlknur Kahriman).
141. Kamiloğlu M. Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğt. ve Arş. Hastanesi, Aile Hekimliği ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Ankara (Danışman Dr. Öğr. Üyesi İsmail Arslan).
142. Cirit C. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıkları, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Mersin (Danışman Doç. Dr. Rana Yiğit).
143. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk isitismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi, Trakya Üniversitesi, Halk Sağlığı ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Edirne (Danışman Yrd. Doç. Dr. Ayşe Çaylan).
144. Çatık AE, Çam O. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2006;22(2):103-19.
145. Bilgiç H. Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015, Denizli (Danışman Doç. Dr. Aysun Özşahin).
146. Uysal A. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, 1998, İzmir.
147. Bahadır V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Kocaeli (Danışman Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur).
148. Altıok B. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, Esenler örneği, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak.Lisansüstü Eğt. Enstitüsü, Sosyal Hizmetler ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman Doç. Dr. Reyhan Saydam).
149. Yaman S. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017, Sivas (Danışman Prof. Dr. Fatma Yücel Beyaztaş).
150. 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):595-602.
151. Pakiş I, Demir F, Bektaş G, Altun U, Yıldırım S. Investigation of the awareness and knowledge about child abuse and negligence among doctors and nurses working in the east part of Turkey. Romanian J Leg Med. 2015;24(2):151-6.

152. Ward MGK, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. Child Abuse Negl. 2004;28(10):1113-22.
153. Kabakoğlu H. Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, Hatay M. Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağ. Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Hatay (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Hatice Tambağ).
154. Tugay D. Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu).
155. Can İÖ, Direk N, Özdemir MH. Adli olgu bildirimiyle ilgili ikilemlerde hekimlerin tutumları. Adli Tıp Bülteni. 2018;23(1):1-5.
156. Yıldırım Ş. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi ve risk tanılama düzeylerinin belirlenmesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Karabük (Danışman Yrd. Doç. Dr. Nazan Karaman).

1.Bölüm: Sosyodemografik Bilgi Formu

Değerli katılımcı;
"Kadın hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyi ve bunu etkileyen faktörler." adlı araştırma kadın 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. Saliha KILIÇ ÇÜÇEN

1. **Yaşınız ….**
2. **Medeni haliniz**
   a) Evli
   b) Bekar
3. **Ünvanınız**
   a) Pratisyen hekim
   b) Asistan hekim
   c) Uzman hekim
   d) Diğer
4. **Branşınız ….**
5. **Görev yaptığınız kurum**
   a) Sağlık Bakanlığı Hastanesi (Devlet Hastanesi)
   b) Eğitim ve Araştırma Hastanesi
   c) Şehir Hastanesi
   d) Üniversite Hastanesi
   e) 1.Basamak Sağlık Kuruluşu (ASM, TSM)
   f) Özel Hastane / Özel Tıp Merkezi
   g) Diğer
6. **Kaç yıldır görev yapmaktasınız?**
   a) ≤1 yıl c) 5-10 yıl
   b) 1-5 yıl. d) 10 yıldan fazla
7. **Çocuğunuz var mı?**
   a) Evet
   b) Hayır
8. **Çocuğunuzun/çocuklarınızın cinsiyeti nedir?**
   a) 1. Çocuk kız/erkek
   b) 2. Çocuk kız/erkek
   c) 3. Çocuk kız/erkek
   d) 4. Çocuk kız/erkek
9. **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
10. **İstismar ve ihmal ile ilgili eğitim aldınız mı?**
    a) Evet
    b) Hayır
11. **Cevabınız evet ise verilen eğitim sizin için yeterli miydi?**
    a) Evet

b) Hayır

12. İstismar/ihmal vakasını tanıma konusunda yeterlilik seviyeniz nedir?

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

13. İstismar ile ihmal ayrımını yapabilir misiniz?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

14. 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.

15. 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.

16. Çocukken istismara ya da ihmale uğradınız mı?

a) Evet
b) Hayır

17. Ailenizde istismar/ihmal öyküsü mevcut mu?

a) Evet
b) Hayır

18. Meslek hayatınızda istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?

a) Evet
b) Hayır

19. Cevabınız evet ise hangi tip istismar ile karşılaştınız?

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

20. 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

21. Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

a) Evet
b) Hayır

22. 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

23. 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

24. 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

25. Kurumunuzda çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında uygulanan bir prosedür mevcut mu?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

26. Bu prosedür düzgün bir şekilde işliyor mu?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

27. 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

28. 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

29. Bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?

a) Evet
b) Hayır

2.Bölüm: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (ÇİİBRTYÖ)

		Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
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 iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.**					
5.	**Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.**					
6.	**Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.**					
7.	**Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.**					
8.	**Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.**					
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.**					
11.	**Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.**					
12.	**İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi)kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.**					
13.	**Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.**					
14.	**Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.**					
15.	**Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.**					
16.	**Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, 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.**					
26.	**Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.**					
27.	**Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.**					
28.	**İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.**					
29.	**İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.**					
30.	**İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.**					
31.	**İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.**					
32.	**İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici 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.**					
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.	**Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.**					
50.	**Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.**					
51.	**Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.**					
52.	**Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.**					
53.	**Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.**					
54.	**Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.**					
55.	**Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.**					
56.	**Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.**					
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 sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.**					
64.	**Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.**					
65.	**Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.**					
66.	**Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.**					
67.	**Yaralanma, kırık gibi olaylarda anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.**					