**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

# ÇOCUK HASTA MUAYENE EDEN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARINI/İHMALİNİ RAPORLAMAYA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Okay Kulaksız**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2022**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

# ÇOCUK HASTA MUAYENE EDEN HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARINI/İHMALİNİ RAPORLAMAYA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Okay Kulaksız**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2022**

# İÇİNDEKİLER


**TEŞEKKÜR** iii
**SİMGE VE KISALTMALAR** iv
**TABLO LİSTESİ** v
**ŞEKİL LİSTESİ** vi
**ÖZET** vii
**ABSTRACT** viii
**1.GİRİŞ VE AMAÇ** 1
**2.GENEL BİLGİLER** 2
2.1. ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ 2
2.2. ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI 2
2.3. ÇİVİ'NİN TÜRLERİ 3
2.3.1. İhmal 3
2.3.2. Fiziksel İstismar 3
2.3.2.1. Sarsılmış Bebek Sendromu 3
2.3.2.2. Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu) 4
2.3.3. Duygusal İstismar 4
2.3.4. Cinsel İstismar 5
2.3.4.1. Ensest 5
2.4. ÇİVİ'NİN YAYGINLIĞI 5
2.5. ÇİVİ'NİN RİSK FAKTÖRLERİ 6
2.6. TANI 6
2.6.1. Öykü 7
2.6.2. Fizik Muayene 7
2.6.3. Laboratuvar Tetkikleri 8
2.7. ULUSLARARASI VE ULUSAL DÜZEYDE ÇİVİ'NİN YASAL BOYUTU 8
2.7.1. Bildirim Süreci 9
2.7.2. Yasal İşlem Süreci 9
2.8. ÇİVİ'Yİ ÖNLEME 10
2.9. ÇİVİ'NİN TEDAVİ VE REHABİLİTASYON SÜRECİ 11
**3.GEREÇ VE YÖNTEMLER** 12
3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ 12

3.2.DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 12
3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ 12
3.4. ANKET İÇERİĞİ 13
3.4.1. Veri Toplama Formu 13
3.4.2. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği 13
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 14
3.6. ETİK KURUL ONAYI 14
**4.BULGULAR** 15
4.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ ANALİZİ 15
4.2.KATILIMCILARIN ÖLÇEK TOPLAM PUAN VE ALT BOYUT PUANLARININ VERİ ANALİZİ 19
4.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI 20
4.4.KATILIMCILARIN ÖLÇEK SORULARINA VERDİKLERİ YANITLAR İLE SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ VE ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI KARŞILAŞTIRILMASI 27
**5.TARTIŞMA** 38
5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN TARTIŞILMASI 38
5.2.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÖLÇEK TOPLAM PUANLARI İLE TARTIŞILMASI 39
5.3.KATILIMCILARIN ALT BOYUT VERİLERİNİN TARTIŞILMASI 41
5.4.KATILIMCILARIN ÇİVİ RAPORLAMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 42
**6.SONUÇ VE ÖNERİLER** 45
**7.KAYNAKÇA** 47
**8.ANKET FORMU** 51

# TEŞEKKÜR

Asistanı olmaktan onur ve gurur duyduğum, engin tecrübe ve bilgileriyle her daim bize yol gösteren kıymetli hocam Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Asistanlığımda tanışmış ve beraber çalışmış olduğum için kendimi şanslı hissettiğim aile hekimliği kliniğimizdeki tüm uzmanlarımıza, hemşirelerimize, sekreterlerimize, personellerimize, güvenlik görevlilerimize ve diğer sağlık personellerimize,

Uzmanlık eğitimimizde aynı yollardan düşe kalka beraberce yürüdüğümüz, çokça güzel anılar biriktirdiğim başta Dr. Mehmet Demir, Dr. Nurullah Zeki Kaboğlu, Dr. Sergen Atbaş, Dr. Ebru Şahin ve Dr. Zeynep Unus Yılmaz olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca her yardıma ihtiyacım olduğunda yanımda ve her aldığım kararda arkamda olan, sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme, annem Sevda Kulaksız'a, babam Müfit Kulaksız'a, kardeşim Pelin Kulaksız'a,

Tanıştığımız günden bugüne sevgisini ve desteğini koşulsuz sunan sevgili eşim Ecem Kulaksız'a,

Sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Okay Kulaksız

# SİMGE VE KISALTMALAR

**%**: Yüzde

**BMGK**: Birleşmiş Milletler Genel Kurulu

**BT**: Bilgisayarlı Tomografi

**CMK**: Ceza Muhakemesi Kanunu

**ÇHS**: Çocuk Hakları Sözleşmesi

**ÇİM**: Çocuk İzlem Merkezi

**ÇİVİ**: Çocuk İhmal ve İstismarı

**DSÖ**: Dünya Sağlık Örgütü

**EMDR**: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

**MBPS**: Munchausen by Proxy Sendromu

**MR**: Manyetik Rezonans

**n**: Sayı

**ort**: Ortalama

**SÇÇİRKTBÖ**: Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği

**SS**: Standart Sapma

**TCK**: Türk Ceza Kanunu

**TMK**: Türk Medeni Kanunu

**UNICEF**: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

**USG**: Ultrasonografi

# TABLO LİSTESİ

**Tablo 1. Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Anılan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler** ..... 19
**Tablo 2. Ölçek Toplam ve Çeşitli Değişken Puanları Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları (N=201)** ..... 19
**Tablo 3. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 20
**Tablo 4. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 20
**Tablo 5. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleki Çalışma Yılı Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 21
**Tablo 6. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Akademik Unvan Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 22
**Tablo 7. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 22
**Tablo 8. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuğunuz Var mı?" Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 23
**Tablo 9. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Branş Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 24
**Tablo 10. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Branş Grubu Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 24
**Tablo 11. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 25
**Tablo 12. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Sizce aldığınız eğitim yeterli miydi?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması (N=107)** ..... 25
**Tablo 13. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması (N=201)** ..... 26
**Tablo 14. "Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması** ..... 27
**Tablo 15. "Çocuk istismarını, dava açılması ihtimali sebebiyle rapor etmemeyi tercih ederim." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması** ..... 28
**Tablo 16. "Çocuk istismarı raporlama hakkındaki sistemin, problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması** ..... 30
**Tablo 17. "Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması** ..... 32
**Tablo 18. "Çocuk istismarını rapor etmeden önce bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunacağım." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması** ..... 34
**Tablo 19. "Yeteri kadar delil toplamak zor olduğundan, çocuk istismarını rapor etmek de zorlaşıyor." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması** ..... 36

# ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 1:Katılımcıların Kişi Sayısına Göre Yaş Dağılımları** .....15
**Şekil 2:Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları** .....15
**Şekil 3:Katılımcıların Mesleki Yıl Dağılımları** .....16
**Şekil 4:Katılımcıların Akademik Unvanlarına Göre Dağılımı**.....16
**Şekil 5:Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları**.....17
**Şekil 6:Katılımcıların Branş Gruplandırmasına Göre Dağılımı**.....18

# ÖZET

**Amaç:** Çalışmamızın amacı çocuk hasta muayene eden hekimlerin çocuk istismarını/ihmalini raporlamaya karşı tutumlarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız 03.01.2022-03.04.2022 tarihleri arasında çalışan sağlığı polikliniğimize başvuran, branşı gereği çocuk hasta muayene eden ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hekimlerle yapılmıştır. Çalışmamıza katılan 201 hekim ile sosyodemografik bilgi formu ve Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği anket formu yüz yüze doldurulmuştur. İstatistiksel analizde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamız 201 hekim ile yapılmış olup; hekimlerin yaş ortalaması 29,13 (SS:4,09); %62,2'sinin (n=125) kadın, %68,2'sinin (n=137) bekar, %18,4'ünün (n=37) çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması 48,92 (SS:5,44) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hekimlerin mesleki süreleri arttıkça ölçek toplam puanlarının arttığı gözlenmiştir.(p=0,033) Evli hekimlerin ve çocuk sahibi hekimlerin çocuk istismarını raporlama tutum düzeyi daha yüksek seviyede saptanmıştır.(p<0,001, p=0,003) Pediatri kliniğinde çalışan hekimlerin diğer branşlara göre çocuk ihmal ve istismarı raporlama hassasiyeti daha yüksek düzeyde bulunmuştur.(p=0,005) Daha önce çocuk istismarı nedenli raporlama yapmış hekimlerin raporlama tutumunun yapmamış olanlardan daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır.(p=0,024)

**Sonuç:** Çalışmamızda mesleki çalışma süresi daha uzun olan hekimlerin ve daha önce çocuk istismarı nedenli raporlama yapmış olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismarı raporlama tutumu daha yüksek seviyede saptanmıştır. Meslek hayatının başlarında olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismarını tanıma ve raporlama düzeyi; meslek içi eğitimlerle ve tıp fakültesinde bu konuya ağırlık verilerek artırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk istismarı ve ihmali, raporlama, çocuk istismarı, çocuk ihmali

# ABSTRACT

**Aim:** The aim of our study is to evaluate the attitudes of physicians examining pediatric patients towards reporting child abuse/neglect.

**Materials and Methods:** Our study was carried out with physicians who applied to our employee health outpatient clinic between 03.01.2022 and 03.04.2022, examined pediatric patients and volunteered to participate in the research. Sociodemographic information form and Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale questionnaire form were filled face to face with 201 physicians who participated in our study. SPSS 25.0 package program was used for statistical analysis.

**Results:** Our study was conducted with 201 physicians; the mean age of physicians was 29.13 (SD: 4.09); 62.2% (n=125) were female, 68.2% (n=137) were single, and 18.4% (n=37) had children. The scale total score average of the participants was determined as 48.92 (SD:5.44). In our study, it was observed that the total score of the scale increased as the professional duration of the physicians increased.($p=0.033$) The level of reporting child abuse among married physicians and physicians with children was found to be higher ($p<0.001$, $p=0.003$) Physicians working in the pediatric clinic were found to be more sensitive to reporting child neglect and abuse compared to other branches ($p=0.005$). It was determined that the reporting attitude of physicians who had previously reported on child abuse was higher than those who did not ($p=0.024$).

**Conclusion:** In our study, the attitude of reporting child neglect and abuse was found to be higher among physicians with longer professional working hours and physicians who had previously reported on child abuse. The level of recognition and reporting of child neglect and abuse by physicians, who are at the beginning of their professional life, should be increased by in-service training and by focusing on this issue in the medical faculty.



**Key Words:** child abuse and neglect, reporting, child abuse, child neglect

# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk; UNICEF tarafından 18 yaşın altındaki tüm bireyler olarak tanımlanmaktadır.(1) Çocuklar tüm canlılar arasında bakıma en uzun süre ihtiyacı olan varlıklar olarak kabul edilmektedir ve çocuğun uzunca bir süre korunmaya, desteklenmeye ve yönlendirilmeye ihtiyacı vardır.(2)

DSÖ'ye göre 2-4 yaş aralığındaki yaklaşık olarak her dört çocuktan üçü bakım verenleri tarafından düzenli olarak fiziksel ceza ve/veya psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Her 5 kadından ve her 13 erkekten biri yaşamlarının ilk 17 senelik döneminde cinsel istismara maruz kaldığını bildirmektedir. Çocuklara yönelik ihmal ve istismar; yaşam boyu zihinsel ve fiziksel etkileri devam eden hem sosyal hem hukuki bir sorundur. İstismar mağduru bir çocuğun erişkinlik hayatında bir başkasını istismar etme ihtimalinin arttığı bilinmektedir. Bu şekilde şiddet kuşaktan kuşağa aktarılır. Bu nedenle, bu şiddet döngüsünü kırmak ve bunu yaparken çok kuşaklı pozitif sonuçlar yaratmak oldukça önemlidir.(3) Çocukların fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak sağlıklı gelişimi gelecekte sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplum gelişimi için esastır. Bu nedenle bu konu büyük önem arz etmektedir. (4)

Çocuk ihmal ve istismarı önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Bu sorun; önlenebilmesi için öncelikle tanınmalı ve bildirilmelidir. Her sağlık personeli gibi hekimler de bildirimi zorunlu olan çocuk ihmal ve istismarının tanı, tedavi ve raporlamasında ahlaki, vicdani ve hukuki sorumluluklar taşır.(5)

Bu çalışmada; çocuk hasta muayene eden hekimlerin çocuk ihmal ve istismarını raporlama tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

# 2.GENEL BİLGİLER

## 2.1. ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ

Günümüzde çocuk hakları önem verilen, üzerinde sıkça konuşulan ve yasalarla güvence altına alınmış bir konudur. Fakat tarihsel süreçte uzun bir süre ihmal edilmiştir. 20. Yüzyıldan bu yana çocuk hakları üzerine konuşulmaya başlanmış ve çocuğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerden dolayı bazı özel haklara sahip olması gerektiği kabul edilmeye ve bu hakların yasalarla güvence altına alınması gerektiği düşünülmeye başlanmıştır. Bu güvencelerin en mühim olanı Çocuk Hakları Sözleşmesidir (ÇHS). Sözleşme; Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (BMGK) tarafından 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe sokulmuştur. Ülkemiz 14 Eylül 1990 tarihinde bu sözleşmeye imza atmıştır. Ülkemizde bu sözleşme kanun hükmünde sayılmıştır. Böylece bütün çocuklar kendi anayasal haklarına kavuşmuştur.(6)

ÇHS çeşitli ilkelerle çocuğun sahip olması gereken standartları ve hakları belirlemiştir. Bu ilkeler; yaşama ve gelişme hakkı, ayrım gözetmeme, çocuğun yüksek yararı, katılım hakkıdır. Her çocuğun yaşama, gelişme ve korunma hakkı bulunmaktadır. Çocuklar arasında ırk, dil, din ayrımı yapılamaz. Çocuğun yüksek yararı belli bir olayda çocuk için en doğru ve en iyinin hedeflenmesidir. Katılım hakkı; belli bir durum veya olay karşısında kendi geleceği için fikir oluşturabilecek kapasitede olan çocuğun kendisinden fikir alınmasıdır. Gelecekte sağlıklı toplum ve birey inşası için bu haklar büyük önem taşımaktadır. (7)

## 2.2. ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) tanım itibariyle çocuğa bakım veren aile bireyi, bakıcı yahut başka bir yetişkinin çocuğa uygulamış olduğu çocuğa zarar veren, toplumca uygunsuz bulunan, çocuğun gelişimini kısıtlayan veya gelişimine mani olan eylem yahut eylemsizliklerdir. İhmal ve istismar arasında bulunan en belirgin ayrım ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir eylem olmasıdır.(8)

### 2.3. ÇİVİ'NİN TÜRLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ÇİVİ dört alt başlıkta ele alınmaktadır. Bunlar; ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismardır.(9)

#### 2.3.1. İhmal

İhmal, çocuğa bakım veren kişinin bunu yapabilecek durumdayken çocuğun gelişimi, sosyal, mental ve fiziksel sağlığı açısından yapılması gerekenleri yapmaması ve bu durumdan çocuğun zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır.(10)

İhmal durumu fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. Fiziksel ihmal, çocuğun temizlik, barınma, beslenme, giyim gibi ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır. Duygusal ihmal, çocuğun ihtiyaç duyduğu ilgi, sevgi, psikolojik destek gibi durum ve duygulardan mahrum bırakılmasıdır. (11)

#### 2.3.2. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar çocuğun kaza olmaksızın ebeveynleri yahut bakımından sorumlu kişi veya kişilerce fiziksel hasar görmesi, beden bütünlüğünde bozulma meydana gelmesidir. Bu hasar elle olabileceği gibi çeşitli aletlerle de meydana gelebilir. Bu istismar vurma, ısırma, itme, sıcak bir sıvı ile haşlama, yakma sonucu gerçekleşebilir.(11) En sık görülen istismar tipidir ve tanınması diğer istismar tiplerine göre daha kolaydır. Çocuğun gördüğü şiddete bağlı olarak ekimoz, yanık, haşlanmış deri, yumuşak doku bozukluğu, zehirlenme bulguları, kas iskelet sistemi hasarları, gelişme geriliği görülebilir.(12)

##### 2.3.2.1. Sarsılmış Bebek Sendromu

Sarsılmış Bebek Sendromu çoğunlukla ebeveyni veya bakım veren kişi tarafından çocuğun sarsılması sonucu meydana gelen ani ölümlere veya kalıcı nörolojik hasarlara neden olabilen bir suç ve bunun yanında bir toplum sağlığı sorunudur. İlk kez 1974 yılında radyolog Dr. John Caffey tarafından tanımlanmıştır. Literatürde 5 yaşa kadar bildirilen vakalar olmakla birlikte çoğunlukla hayatın ilk 6 ayında görülür. Sendrom sonucunda subdural kanama, retinal kanama, kafa kırıkları, görme kaybı, bilinç değişiklikleri, solunum problemleri gibi durumlar görülebilir.

Kusma, durdurulamayan ağlama, konvülsiyon, nöbet, sürekli uyku hali gibi klinik bulguları olan çocukta bu sendromdan şüphelenmek gerekir. (13)

#### 2.3.2.2. Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

Munchausen by Proxy Sendromu (MBPS) tanı konulması zor, çocukta kalıcı hasara hatta ölüme sebep olabilen bir istismar türüdür. Bu sendrom, çocuğun ebeveyni veya çocuğa bakım veren kişi tarafından hastalık semptomu uydurma veya oluşturma sonucu çoklu hastane başvurusuyla sonuçlanan bir istismar çeşididir. Gereksiz tanısal işlemler, medikal ve cerrahi uygulamalar çocuğun sağlığının tehlikeye girmesine neden olur. Tanı konulması çok güç bir sendrom olup; standart tedavi verilen, tedaviye yanıtsız vakalarda şüpheci yaklaşımla tanı konulabilmektedir. Bu sendromda çeşitli hastalıklara ait semptomlar varmış gibi davranma, boğma teşebbüsü, tahlile gidecek çocuktan alınan numunelerin değiştirilmeye çalışılması, çocuğa ilaç vermek gibi yöntemler kullanılabilir. Çocukta zamanla gelişen nörolojik, psikiyatrik, enfeksiyöz, dermatolojik bulgular gözlenebilir. MBPS düşünülen hastada çok dikkatli olmak ve çocuğun görme ihtimali olan olası zararları azaltmak gerekir.(14,15)

### 2.3.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğa bakım veren kişinin destekleyici bir ortam oluşturmaması, çocuğun sosyal, psikolojik sağlığı ve gelişimi üzerinde negatif etkili eylemler olarak tanımlanır. Bu eylemler; aşağılama, tehdit, alay etme, ayrımcılık, reddetme, hor görme, yalnız bırakma, çocuğu kısıtlama gibi durumları içermektedir.(16)

Duygusal istismar tanısı koymak fiziksel bulguları olmamasından dolayı diğer istismar türlerine göre tanı konulması daha zor bir istismar türüdür. Bu nedenle diğer istismar türlerine göre daha geri planda kalmıştır. Oysa cinsel ve fiziksel istismarla çoğu zaman birlikte görülmektedir ve tüm istismar çeşitlerinin merkezine oturmaktadır.(17)

Duygusal istismara maruz kalmış çocukların ailelerinde birtakım ortak özellikler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları düşük sosyoekonomik düzey, boşanma, alkol veya madde bağımlısı ebeveynler, özel bakım çocuklarına sahip olma, istenmeyen çocuk, göç, düşük eğitim seviyesi olarak sıralanabilir.(17) Bakım vereni

tarafından duygusal istismara uğramış çocuklarda; büyüme gelişme geriliği, saldırgan tutum ve davranışlar, düşük zeka seviyesi, bağımlı kişilik bozukluğu geliştirme, özdeğer düşüklüğü, dikkat bozukluğu gibi fiziksel ve psikolojik sorunlar görülmektedir.(18)

### 2.3.4. Cinsel İstismar

Çocuğun cinsel istismarı, bir yetişkin veya yaşça daha büyük bir başka çocuk tarafından istismarcının cinsel tatmini için çocuğun yasal rıza yaşından önce cinsel aktiviteye dahil edilmesi durumudur. Bu aktiviteler; genital-genital temas, el-genital temas, oral-genital temas, genital-rektal temas, el-rektal temas, el-göğüs teması, cinsel anatomiye maruz kalma, cinsel anatominin zorla izletilmesi, pornografiye maruz bırakma, bir çocuğu pornografi üretimine maruz bırakma olarak sıralanabilir. Çocuk cinsel istismarı dünya genelinde rahatsız edici ve endişe verici bir konudur. İstismardan kaynaklanan fiziksel yaralanmalar ve ağrı geçici olabilir ancak psikolojik ve tıbbi sonuçları yetişkinliğe kadar devam eder. Bununla alakalı cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve suisid girişimi ölümcül olabilir.(19)

#### 2.3.4.1. Ensest

Ensest tanım itibariyle aile içindeki evli olan bireyler dışındaki aile bireyleri arasında çeşitli fiziksel, sözlü, görsel veya sözsüz erotik davranış veya davranışlardır. (20)

Çocuk cinsel istismarının en sık görülen türü ensesttir. Çoğunlukla çocukluk çağında cinsel istismarın ve ensestin olduğundan daha az bildirildiği kabul edilir. Hukuki ve psikolojik boyutları da olan toplumsal bir sorundur. Çoğu zaman saptanması zor bir olgudur. Çocuğun okuldaki davranış değişikliklerinden, başka bir yetişkine çocuğun istismara uğradığını anlatmasından veya fiziksel bir durum sonucu çocuğun doktora götürülmesi ile şüphelenilir ve bu durum ortaya çıkar.(21)

## 2.4. ÇİVİ'NİN YAYGINLIĞI

ÇİVİ yaygınlığı DSÖ tarafından; dünya çapında yetişkinlerin yaklaşık dörtte birinin (%22,6) çocukken fiziksel istismara maruz kaldığı, %36,3'ünün duygusal istismara ve %16,3'ünün fiziksel ihmale maruz kaldığı ve erkek ve kız cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterilmektedir. Diğer istismar türleri aksine

çocuk cinsel istismar yaygınlığında cinsiyetler arası belirgin fark bulunmaktadır. Çocukluk çağı boyunca maruz kalınan cinsel istismar oranı kızlarda %18 iken erkekler de ise %7,6 olarak saptanmıştır. (22)

ÇİVİ'nin ülkemizdeki yaygınlığına dair sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bazı farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Sivas'ta 455 ortaokul öğrencisi ile yapılan bir çalışmada; öğrencilerin %64'ünün ebeveyn sözü dinlememe, derslerine önem vermeme gibi çeşitli nedenlerle anneleri tarafından fiziksel istismara uğradığı, %80'inin ise aynı sebeplerle babalarından haftada en az 1 kez fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır. Çocukların %41'inin ise okulda öğretmenleri tarafından fiziksel istismara uğrandığı saptanmıştır.(23)

Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan başka bir çalışmada 143 anneye yapılan yüz yüze görüşmelerde, annelerin %93'ünün duygusal ihmal/istismar uyguladığı saptanmıştır. En sık uygulanan istismar davranışları; çocuklarına sevgisini belli etmeme (%81.1), bağırma-azarlama (%77.6) olarak bulunmuştur.(24)

### 2.5. ÇİVİ'NİN RİSK FAKTÖRLERİ

ÇİVİ için risk faktörleri üç alt boyutta incelenmelidir. Bunlar; toplumsal faktörler, çocuk ile ilgili faktörler, ailesel faktörlerdir. Toplumsal faktörler, çocuk ve ailesinin yaşadığı topluma veya global sorunlara bağlı olabilir. Toplumsal sosyoekonomik seviyenin düşük olması, besine ulaşımda zorluk, toplumsal şiddet olayları, yüksek işsizlik seviyesi bu risk faktörlerini tanımlamaktadır. Çocukla ilgili nedenler ise; prematüre, düşük doğum tartısı olan çocuklar, çocukta fiziksel veya zihinsel engel hali bulunması, hiperaktivite, çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması risk faktörlerini oluşturmaktadır. Ailesel risk faktörleri; çocukluğunda ihmal/istismar yaşamış ebeveyn, psikiyatrik hastalığa sahip ebeveyn, üvey ebeveyn, sosyokültürel seviye düşüklüğü, alkol veya madde bağımlısı ebeveyn, istenmeyen gebelik, ebeveynin duygusal yetersizliği, tek ebeveyn, çok çocuklu aileye sahip olma, aile içi şiddet olarak sıralanabilir.(25)

### 2.6. TANI

Çocuk istismarı tanısı 3 aşamalıdır. Bu aşamalar öykü alma, fizik muayene ve laboratuvar tetkiki aşamalarıdır.(26)

### 2.6.1. Öykü

Olgunun öyküsü alınırken dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Bunlar; olayla ilgisiz kişilerin öykü alınırken müdahil olmamasını sağlamak, görüşmenin sessiz bir ortamda yapılması, çocukla göz hizasında oturulmalı, istismar şüphelisiyle çocuğu karşı karşıya getirmemek, çocuğu suçlamamak, olaya karşı aşırı duyarsız görünmekten kaçınmak veya abartılı şekilde davranmamak, çocuğu yönlendirmemek bu noktalardan bazılarıdır. (15,26)

Fiziksel istismar öyküsü alınırken dikkat edilmesi gereken hususlar; açıklanamayan yaralanmalar, açıklama yapılamayan gecikmeli sağlık kuruluşu başvurusu, öyküde tutarsızlıklar olması, ailenin çocuğun yaralanma durumuna karşı aşırı duyarsız veya olayı dramatize eden davranışlarda bulunması gibi durumlardır. Cinsel istismar öyküsü alınırken dikkat edilmesi gereken hususlar; çocuğu tekrar travmatize etmemek için gerekli profesyonellerce uygun bir merkezde tek seferde görüşme yapılmalı, mümkünse çocukla görüşmeci dışında odaya kimse alınmamalı, fakat bakım vereninden ayrılmak istemeyen küçük çocuklar zorlanmamalıdır. Çocuğa anlayabileceği şekilde sorular sual edilmelidir.(5)

### 2.6.2. Fizik Muayene

İstismar mağduru çocuğun fizik muayenesinde en sık karşılaşılan bulgular; cilt bulguları, iskelet sistemi ve santral sinir sistemiyle ilgili bulgulardır. Farklı iyileşme dönemlerindeki deri lezyonları, kasıklarda, bacaklarda, anogenital bölgede ekimozlar, çocuğun vücudunda çeşitli bölgelerde sigara söndürme yanıkları, ısırılmış bölgede diş izi, tokat izi, kırıklar, hematomlar görülebilir. Mahkeme kararı olmadan ayrıntılı jinekolojik muayene yapılmasından kaçınılmalıdır. Aksi gerekmediği müddetçe muayene sırasında mağdur çocuğun annesi muayene esnasında odada bulunmalıdır. Ergenlik dönemindeki çocuğa ise annesinin yanında bulunmasını talep edip etmediği sorulmalıdır.(26)

### 2.6.3. Laboratuvar Tetkikleri

ÇİVİ araştırmasında çeşitli görüntüleme yöntemleri ve tetkikler istenebilir. Tam kan sayımı, toksikoloji araştırması, ß-HCG testi, radyografi, BT, USG, MR, sintigrafi, sperm ve seminal sıvı örneklemesi bu tetkikleri oluşturur. Radyografiden yararlanılacağı zaman yaş faktörüne göre karar vermek gerekir. Beş yaş ve üzeri çocuklarda semptomatik bölgenin grafilendirilmesi yeterlidir. Daha küçük çocuklarda tüm vücut taraması yapılması gerekmektedir. Sintigrafi on iki ayı geçkin çocuklarda vücudu tarama amaçlı kullanılabilir.(26)

## 2.7. ULUSLARARASI VE ULUSAL DÜZEYDE ÇİVİ'NİN YASAL BOYUTU

Bir toplumun gelişmişlik düzeyi çocuğa verdiği değerle paralellik gösterir. Çocukların insan haklarının tamamına sahip olmalarının yanı sıra; yetişkinlerden farklı olarak yetiştirilme, korunma, bakım gibi ek ihtiyaçları da vardır. Bu ihtiyaçlar neticesinde çocuklara özel haklar tanınmıştır. Bu konudaki ilk çalışmalardan biri 1924 yılında yayınlanan Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi'dir. Bu bildirgede, çocuğun sağlıklı fiziksel ve zihinsel gelişimi; hastalık, engelli durum hali, ebeveyn kaybı gibi durumlarda özel yardımda bulunulması ve yardımlarda öncelik sağlanması; sömürüden korunması gibi haklar tanımlanmıştır. 1959 yılında BMGK çocuklara; eğitim, sağlık, isim ve vatandaş olma hakkı gibi hakların tanımlandığı Çocuk Hakları Bildirgesi'ni kabul etmiştir. Çocuğun her çeşit ihmal ve istismardan korunması, çalışma yaşı sınırlaması gibi koruyucu maddeler ilk kez bu bildirgede tanımlanmıştır. 20 Kasım 1989'da BMGK oy birliğini sağlayarak, çocuk hakları için anayasa olarak kabul edilebilecek ÇHS'ni kabul etmiş ve bundan bir yıl sonra sokmuştur. BMGK, ÇİVİ'den korunma amacıyla ek protokoller getirmiştir. Bunlar; çocuk pornografisinden, çocuk satışından ve fuhuştan koruma ve çocuklar silahlı çatışmalara katılmalarıyla ilgilidir. Pek çok dünya ülkesi gibi Türkiye de ÇHS'yi benimsemiş ve 14 Eylül 1990'da yürürlüğe sokmuştur. (6,27)

Ülkemizde çocuk haklarıyla ilgili düzenlemeler tek bir potada yer almamaktadır. ÇİVİ'yle ilişkili durumlar Anayasa, Türk Medeni Kanunu (TMK), Türk Ceza Kanunu (TCK) ve Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) tarafından düzenlenmiştir ve uygulanmaktadır. Anayasa çocuğun temek haklarını güvence

altına alır. TMK çocuğun toplum içindeki statüsünü belirler. Çocuğun yüksek yararı gözetilerek hangi durumlar karşısında devlet tarafından korunması gerektiğini belirler. CMK tutukluluk gerektiren durumları belirler, ÇİVİ mağduru çocuğun bu süreçte psikolog, doktor, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden gerekli yardımı almasını sağlar. TCK ceza hükümlerini düzenler.(27)

### 2.7.1. Bildirim Süreci

ÇİVİ'nin bildirilmesi çoğu zaman gecikmekte veya hiç bildirilememektedir. Bildirimin gecikmesine nedenleri; çocuğun bunun kabul edilemez bir davranış olduğunun farkına varamaması, korkular, çocuğun tehdit edilmesi, çocuğun bu durumu anlatma fırsatı bulamaması, çocuğun istismarcıyla olan ilişkisi (arkadaş olduğunu düşünme) olarak sıralanabilir.(28)

Cinsel istismara uğrayan çocuklarla ilgili adli süreç eğitim kurumları veya sağlık kuruluşları ile başlayabileceği gibi doğrudan kolluk kuvvetleri, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Kurumu veya Cumhuriyet Savcılığı ile de başlayabilir.(29)

### 2.7.2. Yasal İşlem Süreci

Ülkemizde bildirimi yapılmış olan çocuk cinsel istismar vakaları için izlenebilecek iki farklı yol vardır. Bildirim yapılan şehirde bir Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) olup olmadığına göre süreç şekillenir.(29) ÇİM, cinsel istismara maruz kaldığından şüphelenilen çocuktan anamnez alındığı, çocuğun fizik muayenesinin tamamlandığı, aile ile görüşmelerin gerçekleştirildiği ve gerekli raporlamaların yapıldığı; yeterli ve etkin personel ve araçlara sahip; bu işlem süreçlerinde çocuğun yüksek yararının gözetildiği bir merkez özelliğindedir. Ankara'da 2010 yılında kurulan ÇİM ilk olma özelliğinde olup;(30) toplam ÇİM sayısı zamanla artarak 59'a yükselmiştir. İstanbul'da dört adet ÇİM olmak üzere; ÇİM bulunan il sayısı 56'dır.(31)

ÇİM bulunmayan şehirlerde; cinsel istismar vakaları ilk olarak bölge karakoluna bildirilmektedir. Bölge karakolu istismar mağduru çocuğu çocuk şubesi bulunan emniyet müdürlüğüne götürmekte, burada psikolog veya sosyal hizmet uzmanınca çocuğun bilgisi alındıktan sonra savcıya sevk edilmekte, sonraki süreç savcı tarafından verilen talimatlarla işlemektedir. Daha sonraki süreç ifade alma,

sosyal incelemeye başvurulması, çocuğun gerekli muayenelerinin tamamlanması şeklinde olmaktadır. Gereği halinde mahkeme işlemlerinin ardından çocuğun yüksek yararı gözetilerek koruma tedbirleri alınabilir.(29)

### 2.8. ÇİVİ'Yİ ÖNLEME

ÇİVİ'nin önlenmesinde üç aşamadan söz edilebilir. Bunlardan ilki birincil önlenme; tüm toplumu hedefler. Topluma bu konuda farkındalık kazandırmak ve toplumu bu konuda eğitmeyi hedefler. Toplumsal değerlerin çocuğa karşı hassasiyeti artıracak ve çocuğa karşı her türlü istismarı önleyecek şekilde değiştirilmeye çalışması, bu konuda hukuki yaptırımların getirilmesi veya güçlendirilmesi, toplumun ÇHS konusunda eğitilmesi örnek olarak sayılabilir. Ailenin eğitimi düzeyinin artırılması, içinde bulunduğu sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyin artırılması; bunun sonucunda ÇİVİ risk faktörlerinin azaltılması hedeflenmektedir. İkincil önleme ise; risk altındaki çocukların belirlenmesi, çocuğun ve ailesinin hem var olan hizmetlerden yararlanmasının sağlanması hem de gerektiğinde ev ziyaretleri planlanmasıdır. Sağlık çalışanları risk taşımakta olan çocuğun farkına varabilir ve durum kötüleşmeden gerekli işlemleri yapabilir. Üçüncül önleme; istismara maruz kalan çocuğun tekrar aynı travmaları yaşamaması veya ölüm gibi daha ağır sonuçlarla karşılaşmamak için alınan önlemlerdir. Çocuğun aileden ayrılması Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na verilmesi söz konusu olabilmekte ya da çocuğun aileyle birlikte yaşayacak şekilde uzmanlarca hem çocuğa hem aileye verilen rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir.(5)

Çocuk cinsel istismarını önlemek için çocuğa çeşitli eğitimler verilebilir. Bu eğitimler; çocuğun vücut ve kişisel güvenliğini öğretmeyi, uygun olan ve uygun olmayan dokunuş farkını, hayır diyebilmeyi öğretmeyi, güvenilir bir yetişkine bilgi vermeyi içerir. Yetişkinler için de çocuk cinsel istismarını azaltmayı amaçlayan eğitim programları bulunmaktadır. Bu eğitimde verilen mesajlar; istismarcının çocuğa erişme fırsatını nasıl minimize edebileceği, cinsel istismarla ilgili konuların çocukla nasıl konuşulması gerektiği, cinsel istismar potansiyel davranışları ve ortaya çıkan tıbbi bulguları nasıl tanıyabileceği şeklindedir.(32)

## 2.9. ÇİVİ'NİN TEDAVİ VE REHABİLİTASYON SÜRECİ

ÇİVİ'ye maruz kalmış çocukta uzun ve kısa dönemde psikolojik bulgular görülebilir. Tedavi ve rehabilitasyon sürecinde yalnızca çocuğun üzerinde durmak yeterli olmamaktadır. Aile ve çevre de sürece dahil edilmelidir.(33)

ÇİVİ mağduru çocuk için çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur. Bunlardan ilki bireysel psikoterapidir. En çok kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Psikoterapide; aile koopere ve çocuğa destek olmaya meyilli ise tedavi sürecine dahil etmek çocuğun tedavisi için olumlu olacaktır. Ancak aile sorumluluk kabul etmeyen, destek olma eğiliminde olmayan, yardım kabul etmeyen bir aile ise tedavi sürecine ailenin dahil edilmemesi önerilir. Bu yöntemde amaç çocuğun sahip olduğu anılara daha sağlıklı bakabilmesini sağlamaktır. Bir diğer yöntem ise Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)'dir. Travmatik bir olay geliştikten sonra sağlıklı düşünce yapısının bozulması durumunda bu yöntem uygulanabilir. Anılar uygun işlenmediği takdirde uygunsuz davranışlar ortaya çıkabilir. Travma sonrası beynin birtakım bölgelerinin aşırı derecede uyarılması sonucu tekrarlayan uyarılar ortaya çıkabilir, bunun sonucunda kişi kendi hakkında olumsuz düşüncelere kapılabilir. EMDR yapılacak kişilerde; kendi hakkında olumsuz fikirlere sahip olma, travmatik anısı hakkında görsel bir imgeye sahip olması, duygusal tepkiye sahip olması şartı aranır. Bir diğer tedavi seçeneği ise ilaç tedavisidir. Çocuğun yaşına ve klinik durumuna göre çoklu veya tekli ilaç tedavisi düzenlenir. Sertralin, paroksetin, sitalopram gibi ajanlardan faydalanılabilir. Bir diğer yöntem ise rezidental tedavi merkezleridir. Bu merkezler dünya üzerindeki pek çok ülkede hizmet vermektedir ve hem mağdur çocuk hem de ailelere hizmet vermektedir. Ülkemizdeki ilk rezidental tedavi merkezi 2004'te Adana'da kurulan Osman Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'dir. Bu merkez ÇİVİ mağduru, psikiyatrik sorunları nedeniyle profesyonel yardım veya bakıma ihtiyacı olan, alkol madde bağımlığı olan, sokakta kalan kız çocukları için rehabilitasyon ve tedavi vermek hedefiyle açılmıştır. (34)

# 3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

## 3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmamız 03.01.2022-03.04.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çalışan Sağlığı Polikliniğine başvuran çocuk hasta muayene eden hekimler arasından çalışmaya katılmaya gönüllü olanlarla yapılmıştır. Öncelikle çalışma hakkında katılımcıya detaylı bilgiler verilip gönüllü olur formları imzalatılmış, ardından çalışma anketi poliklinik muayenesi esnasında yüz yüze olarak uygulanmıştır.

Bu çalışma tek merkezli, prospektif ve tanımlayıcı niteliktedir.

## 3.2.DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1- Çocuk hasta muayene eden hekimler

2- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1- Branşı gereği çocuk hasta muayene etmeyen hekimler

2- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

## 3.3. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü hesaplamak için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çalışan Sağlığı Polikliniğine daha önceki aylarda başvuran branşı gereği çocuk hasta muayene eden hekim sayılarına bakılmıştır. Örneklem büyüklüğü %95 güvenilirlikle 201 olarak hesaplanmıştır.

### 3.4. ANKET İÇERİĞİ

Çalışmamızda uygulanan anket; Veri Toplama Formu ve Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği olmak üzere 2 formdan oluşmaktadır (Bkz. Ek 1).

#### 3.4.1. Veri Toplama Formu

Bu form literatür araştırması yapılıp hazırlanmıştır ve toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Çocuk hasta muayene eden hekimlerin sosyodemografik verileri (hekimin yaşı, mesleki yılı, akademik unvanı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı ve varsa sayısı), daha önce ÇİVİ konulu eğitim alıp almadığı, aldıysa aldığı eğitimi yeterli bulup bulmadığı ve daha önce ÇİVİ raporlaması yapıp yapmadığı sorgulanmaktadır.

#### 3.4.2. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği

Ölçeğin orijinal hali 2016 yılında Singh ve ark. tarafından Teachers' Reporting Attitude Scale for Child Sexual Abuse ölçeğinden uyarlanmıştır.(35) Ölçeğimizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2019 senesinde Turan tarafından yapılmıştır.(36)

Ölçeğimiz toplam 19 sorudan ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar raporlama sorumluluğu (1, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 17. sorular) ve raporlama ile ilgili endişeler (2, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 18, 19. sorular) şeklindedir.

Bu formda hekimlerin ÇİVİ raporlamasıyla ilgili tutumları sorgulanmaktadır. Ölçeğimizde, yalnızca birinin seçilmesini istediğimiz 5 seçenek olup bu seçenekler sırasıyla; kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklindedir. Katılımcıların ölçeğimizdeki sorulara verdiği cevaplar likert tipinde 1 ila 5 puan arasında puanlandırılmaktadır.

Raporlama sorumluluğu alt boyutunda puanlama; kesinlikle katılıyorum=5 puan, katılıyorum=4 puan, kararsızım=3 puan, katılmıyorum=2 puan, kesinlikle katılmıyorum=1 puan şeklindedir. Ancak raporlama sorumluluğu alt boyutunda olmasına rağmen 16 ve 17. soruların puanlaması kesinlikle katılıyorum=1 puan,

katılıyorum=2 puan, kararsızım=3 puan, katılmıyorum=4 puan, kesinlikle katılmıyorum=5 puan şeklindedir.

Raporlama ile ilgili endişeler alt boyutundaki soruların puanlaması ise; kesinlikle katılıyorum=1 puan, katılıyorum=2 puan, kararsızım=3 puan, katılmıyorum=4 puan, kesinlikle katılmıyorum=5 puan şeklindedir.

Bu form sonucunda alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 95'tir. Alınan puanlar ne kadar yüksekse; bildirimi engelleyebilecek endişelerin daha düşük olduğunu ve ÇİVİ'nin zorunlu olarak bildirilmesinin sorumluluklarına daha yüksek bağlılığın olduğunu gösterir.

### 3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans (N ve %) tabloları şeklinde verilmiştir. Sürekli değişkenler ise Ort. ±SS şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde (Tabachnick ve Fidell, 2001) olmasından dolayı hem de Skewness ve Kurtosis değerlerinin ± 3,29 eşik değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Mayers, 2013). Bundan dolayı ölçek toplam ve alt boyut puanları ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için parametrik testlerden İndependent Samples T testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testilerinden sidak testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için chi-square test kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

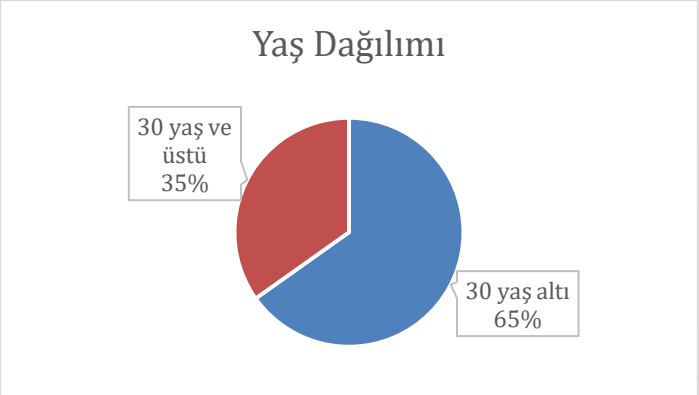
### 3.6. ETİK KURUL ONAYI

Yapmış olduğumuz çalışmanın etik kurul onayı 14.12.2021 tarihinde 3365 protokol onay numarası ile Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından alınmıştır. (Bkz Ek 2).

# 4.BULGULAR

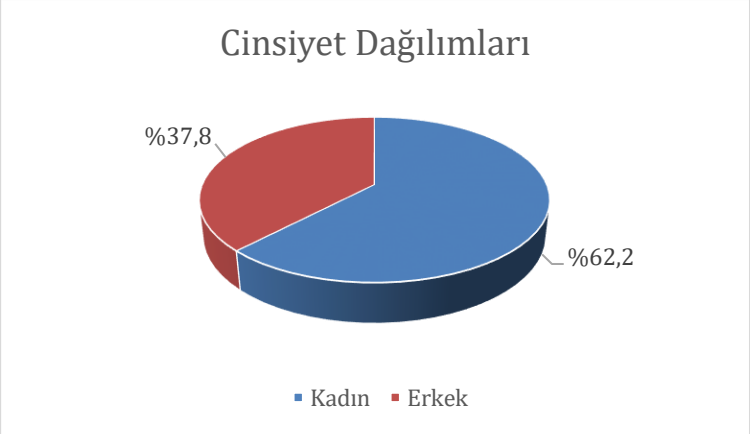
## 4.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ ANALİZİ

Çalışmamıza toplam 201 hekim katılmış olup katılımcılar; en düşük 24 en yüksek 52 yaşında iken ortalama yaş 29,13 (SS=4,06)'dır. Katılımcıların yaş grupları incelendiğinde %65,2'sinin (n=131) 30 yaş altı olduğu, %34,8'inin (n=70) ise 30 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır. (Şekil 1)



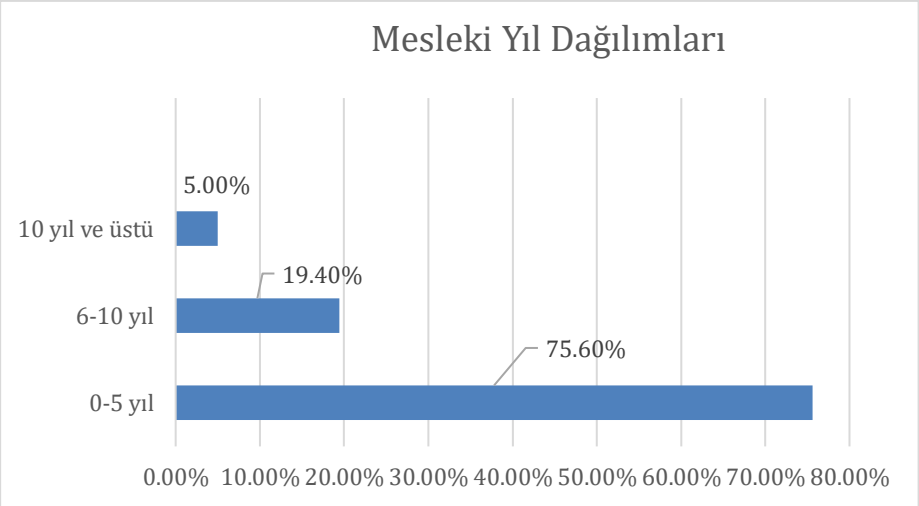

**Şekil 1:Katılımcıların Kişi Sayısına Göre Yaş Dağılımları**

Katılımcıların cinsiyet dağılımları incelendiğinde ise %62,2'sinin (n=125) kadın olduğu, %37,8'inin (n=76) erkek olduğu saptanmıştır. (Şekil 2)



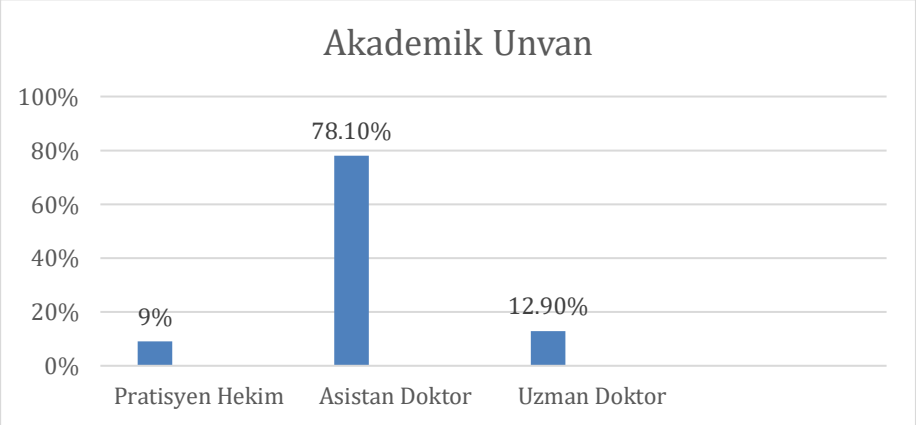

**Şekil 2:Katılımcıların Cinsiyet Dağılımları**

Katılımcıların mesleki yıl ortalamaları 4,31±4,07 (min:1,0 max:28,0 med:3,0) olarak saptanmıştır. Mesleki yılları; 0-5 yıl %75,6 (n=152), 6-10 yıl %19,4 (n=39), 10 yıl ve üstü %5,0 (n=10) şeklinde bulunmuştur. (Şekil 3)




**Şekil 3:Katılımcıların Mesleki Yıl Dağılımları**

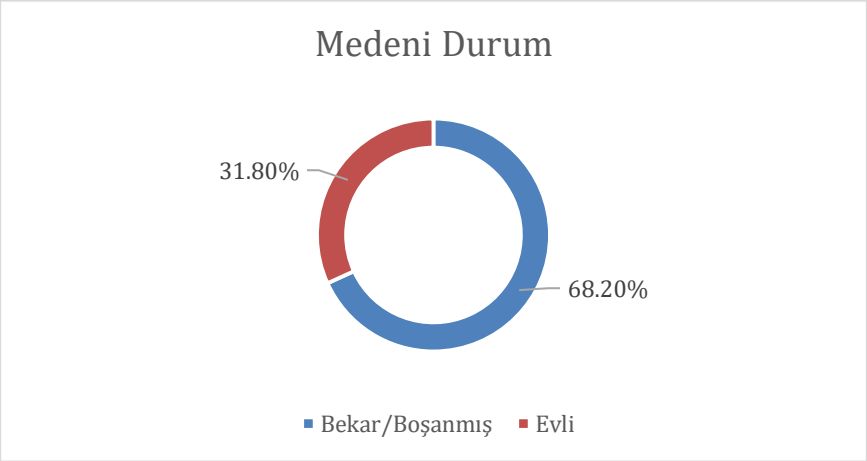
Katılımcılar akademik unvanlarına göre incelendiğinde; %9,0'ının (n=18) pratisyen hekim olduğu, %78,1'inin (n=157) asistan doktor, %12,9'unun (n=26) uzman doktor olduğu belirlenmiştir. (Şekil 4)




**Şekil 4:Katılımcıların Akademik Unvanlarına Göre Dağılımı**

Katılımcılar medeni durumlarına göre incelendiğinde; bekar/boşanmış olanların oranı %68,2 (n=137), evli olanların oranı ise %31,8 (n=64) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan çocuk sahibi olanların oranı %18,4 (n=37), çocuk sahibi olmayanların oranı ise %81,6 (n=164) olarak saptanmıştır. Çocuk sahibi olan katılımcılardan bir çocuk sahibi olanların oranı %67,6 (n=25), iki çocuk sahibi

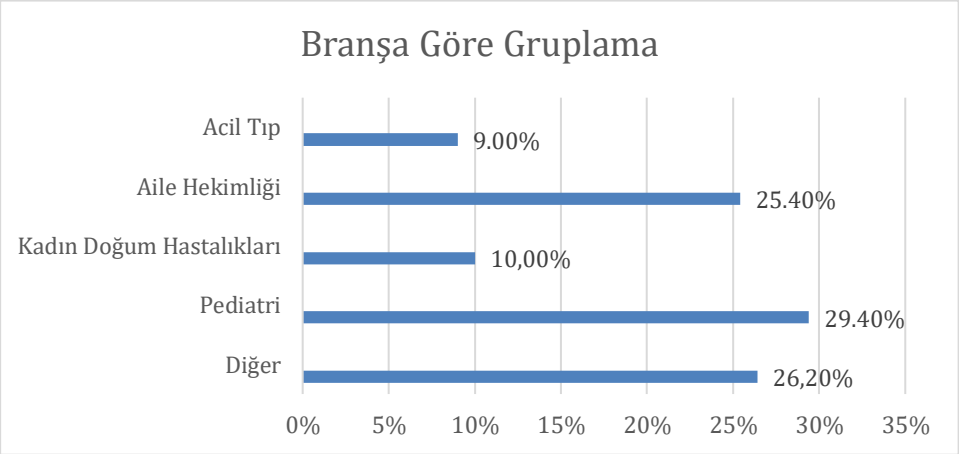
olanların oranı %27,0 (n=10), üç çocuk sahibi olanların oranı %5,4 (n=2) olarak saptanmıştır. (Şekil 5)




**Şekil 5:Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları**

Katılımcıların branşları sorgulandığında; %9,0'ının (n=18) acil tıp, %25,4'ünün (n=51) aile hekimliği, %5,5'inin (n=11) anestezi ve reanimasyon, %3,0'ının (n=6) beyin ve sinir cerrahisi, %3,0'ının (n=6) dermatoloji, %2,5'inin (n=5) çocuk cerrahisi, %10,0'ının (n=20) kadın doğum hastalıkları, %2,5'inin (n=5) kalp ve damar cerrahisi, %3,5'inin (n=7) kulak burun boğaz hastalıkları, %3,5'inin (n=7) ortopedi ve travmatoloji, %29,4'ünün (n=59) pediatri, %3,0'ının (n=6) plastik ve rekonstrüktif cerrahi klinik branşlarından olduğu saptanmıştır. Branşları katılımcı sayısına göre gruplandırdığımızda katılımcıların; %9,0'ının (n=18) acil tıp, %25,4'ünün (n=51) aile hekimliği, %10,0'ının (n=20) kadın doğum hastalıkları, %29,4'ünün (n=59) pediatri, %26,2'ünün diğer branşlardan (anestezi ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, dermatoloji, çocuk cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, kulak burun boğaz, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi) olduğu saptanmıştır. Katılımcı hekimler branş gruplarına göre dahili ve cerrahi olmak üzere 2 alt grupta incelendiğinde; %66,7'si (n=134) dahili (acil tıp, aile hekimliği, dermatoloji, pediatri), %33,3'ü (n=67) cerrahi (anestezi ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, çocuk cerrahisi, kadın doğum hastalıkları, kalp

ve damar cerrahisi, kulak burun boğaz, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi) branşlara mensup olduğu görülmüştür. (Şekil 6)




**Şekil 6:Katılımcıların Branş Gruplandırmasına Göre Dağılımı**

Katılımcıların %46,8'inin (n=94) ÇİVİ konusunda eğitim almadığı, %53,2'sinin (n=107) ÇİVİ konusunda eğitim aldığı, eğitim alanların %34,6'sının (n=37) aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşündüğü, %65,4'unun (n=70) aldığı eğitimin yeterli olmadığını düşündüğü ve katılımcıların %21,4'ünün (n=43) ÇİVİ nedeli raporlama yapmış olduğu, %78,6'sının (n=158) daha önce ÇİVİ nedenli raporlama yapmamış olduğu belirlenmiştir.

## 4.2.KATILIMCILARIN ÖLÇEK TOPLAM PUAN VE ALT BOYUT PUANLARININ VERİ ANALİZİ

**Tablo 1. Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Anılan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler**

| | N | Min. | Max. | Ort | SS |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | 201 | 31,00 | 64,00 | 48,92 | 5,44 |
| Raporlama sorumluluğu | 201 | 13,00 | 30,00 | 20,68 | 3,37 |
| Raporlama ile ilgili endişeler | 201 | 16,00 | 39,00 | 28,24 | 4,07 |

**N=sayı, Min=minimum, Max=maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, SÇÇİRKTBÖ= Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği**

Tablo 1'de Ölçek toplam ve alt boyutlarından alınan puanlara ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir.

**Tablo 2. Ölçek Toplam ve Çeşitli Değişken Puanları Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları (N=201)**

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-Yaş (yıl) | r | 1 | | | | | |
| | p | | | | | | |
| 2-Mesleki çalışma yılı | r | ,935** | 1 | | | | |
| | p | **<0.001** | | | | | |
| 3-Çocuk sayısı | r | ,336* | 0,260 | 1 | | | |
| | p | **0,042** | 0,130 | | | | |
| 4-**SÇÇİRKTBÖ Toplam** | r | 0,107 | 0,140 | 0,127 | 1 | | |
| | p | 0,131 | 0,060 | 0,452 | | | |
| 5-Raporlama sorumluluğu | r | 0,055 | 0,050 | 0,318 | ,665** | 1 | |
| | p | 0,438 | 0,460 | 0,055 | **<0.001** | | |
| 6-Raporlama ile ilgili endişeler | r | 0,097 | 0,140 | -0,170 | ,786** | 0,060 | 1 |
| | p | 0,170 | 0,050 | 0,319 | **<0.001** | 0,390 | |

***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson n korelasyon testi)***

Tablo 2'de katılımcılara uygulanan ölçek toplam ve çeşitli değişkenlere ait puanlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz

sonucuna göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile çeşitli değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

### 4.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 3. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | 30 yaş altı | 131 | 48,56±23,13 | -1,314 | 0.191 |
| | 30 yaş ve üstü | 70 | 49,61±31,87 | | |
| Raporlama sorumluluğu | 30 yaş altı | 131 | 20,54±6,77 | -0,802 | 0.423 |
| | 30 yaş ve üstü | 70 | 20,94±5,25 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | 30 yaş altı | 131 | 28,02±4,79 | -1,088 | 0.278 |
| | 30 yaş ve üstü | 70 | 28,67±4,74 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 3'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının yaş grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Erkek | 76 | 48,88±5,29 | -0,089 | 0.929 |
| | Kadın | 125 | 48,95±5,56 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Erkek | 76 | 20,61±3,43 | -0,250 | 0.803 |
| | Kadın | 125 | 20,73±3,35 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Erkek | 76 | 28,28±4,13 | 0,088 | 0.930 |
| | Kadın | 125 | 28,22±4,05 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 4'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 5. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleki Çalışma Yılı Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| *Değişkenler* | | *N* | *Ort±SS* | *F* | *p* | *Post Hoc* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | 1)0-5 yıl | 152 | 48,38±5,31 | 3,467 | **0.033** | - |
| | 2)6-10 yıl | 39 | 50,38±5,81 | | | |
| | 3)10 yıl üstü | 10 | 51,60±4,70 | | | |
| Raporlama sorumluluğu | 1)0-5 yıl | 152 | 20,56±3,25 | 0,515 | 0.599 | - |
| | 2)6-10 yıl | 39 | 20,95±3,88 | | | |
| | 3)10 yıl üstü | 10 | 21,50±3,27 | | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | 1)0-5 yıl | 152 | 27,82±3,85 | 3,641 | **0.028** | - |
| | 2)6-10 yıl | 39 | 29,44±4,62 | | | |
| | 3)10 yıl üstü | 10 | 30,10±4,07 | | | |

**One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Tablo 5'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının mesleki çalışma yılı açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SÇÇİRKTBÖ toplam puanları ile mesleki çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,467 p=0.033). Mesleki çalışma yılı 10 yıl ve üstü olan hekimlerin diğer gruplara kıyasla SÇÇİRKTBÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı ile mesleki çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,641 p=0.028). Mesleki çalışma yılı 10 yıl ve üstü olan hekimlerin diğer gruplara kıyasla "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Akademik Unvan Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| *Değişkenler* | | *N* | *Ort±SS* | *F* | *p* | *Post Hoc* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | 1)Pratisyen Hekim | 18 | 50,17±4,18 | 2,776 | 0.065 | - |
| | 2)Asistan Doktor | 157 | 48,46±5,45 | | | |
| | 3)Uzman Doktor | 26 | 50,88±5,8 | | | |
| Raporlama sorumluluğu | 1)Pratisyen Hekim | 18 | 21,00±4,21 | 0,134 | 0.874 | - |
| | 2)Asistan Doktor | 157 | 20,68±3,29 | | | |
| | 3)Uzman Doktor | 26 | 20,46±3,36 | | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | 1)Pratisyen Hekim | 18 | 29,17±3,28 | 5,444 | **0.005** | **2<3** |
| | 2)Asistan Doktor | 157 | 27,78±3,89 | | | |
| | 3)Uzman Doktor | 26 | 30,42±4,91 | | | |

**One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Tablo 6'da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının akademik unvan açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı ile akademik unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=5,444 p=0.005). Akademik unvanı uzman doktor olanların diğer gruplara kıyasla "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucunda akademik unvanı asistan doktor olanlar ile uzman doktor olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.006).

**Tablo 7. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| *Değişkenler* | | *N* | *Ort±SS* | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Bekar/boşanmış | 137 | 47,96±5,54 | -3,784 | **<0.001** |
| | Evli | 64 | 50,98±4,64 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Bekar/boşanmış | 137 | 20,35±3,23 | -2,054 | **0.041** |
| | Evli | 64 | 21,39±3,58 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Bekar/boşanmış | 137 | 27,61±4,08 | -3,289 | **0.001** |
| | Evli | 64 | 29,59±3,74 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 7'de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının medeni durum açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre

SÇÇİRKTBÖ toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-3,784 p<0.001). Evli olanların bekar/boşanmış olanlara kıyasla SÇÇİRKTBÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama sorumluluğu" puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,054 p=0.041). Evli olanların bekar/boşanmış olanlara kıyasla "Raporlama sorumluluğu" puanı daha yüksek bulunmuştur.

SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,054 p=0.001). Evli olanların bekar/boşanmış olanlara kıyasla "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 8. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuğunuz Var mı?" Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Hayır | 164 | 48,40±5,45 | -2,956 | **0.003** |
| | Evet | 37 | 51,27±4,85 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Hayır | 164 | 20,51±3,21 | -1,504 | 0.194 |
| | Evet | 37 | 21,43±3,96 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Hayır | 164 | 27,88±4,06 | -2,675 | **0.008** |
| | Evet | 37 | 29,84±3,81 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 8'de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının çocuk varlığı açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SÇÇİRKTBÖ toplam puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,956 p=0.003). Çocuğu olanların çocuğu olmayanlara kıyasla SÇÇİRKTBÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,675 p=0.008). Çocuğu olanların, olmayanlara kıyasla "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 9. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Branş Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***F*** | ***p*** | ***Post Hoc*** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | 1)Acil tıp | 18 | 50,06±4,30 | 3,834 | **0.005** | **3<4** |
| | 2)Aile hekimliği | 51 | 48,59±5,28 | | | |
| | 3)Kadın doğum hastalıkları | 20 | 45,20±3,99 | | | |
| | 4)Pediatri | 59 | 50,36±6,17 | | | |
| | 5)Diğer | 53 | 48,68±4,96 | | | |
| Raporlama sorumluluğu | 1)Acil tıp | 18 | 20,61±3,33 | 2,384 | 0.053 | - |
| | 2)Aile hekimliği | 51 | 21,02±3,69 | | | |
| | 3)Kadın doğum hastalıkları | 20 | 18,75±2,69 | | | |
| | 4)Pediatri | 59 | 21,29±3,49 | | | |
| | 5)Diğer | 53 | 20,43±2,95 | | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | 1)Acil tıp | 18 | 29,44±3,71 | 2,378 | 0.053 | - |
| | 2)Aile hekimliği | 51 | 27,57±4,3 | | | |
| | 3)Kadın doğum hastalıkları | 20 | 26,45±2,42 | | | |
| | 4)Pediatri | 59 | 29,07±4,39 | | | |
| | 5)Diğer | 53 | 28,25±3,87 | | | |

**One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Tablo 9'da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının branş açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SÇÇİRKTBÖ toplam puanı ile branş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,834 p=0.005). Pediatri branşında görev alan hekimlerin diğer branşlara kıyasla SÇÇİRKTBÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonuçlarına göre kadın doğum hastalıkları branşı ile pediatri branşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.002).

**Tablo 10. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Branş Grubu Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Dahili | 134 | 49,34±5,76 | 1,544 | 0.124 |
| | Cerrahi | 67 | 48,09±4,68 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Dahili | 134 | 20,93±3,55 | 1,499 | 0.136 |
| | Cerrahi | 67 | 20,18±2,93 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Dahili | 134 | 28,41±4,37 | 0,889 | 0.375 |
| | Cerrahi | 67 | 27,91±3,41 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 10'da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının branş grubu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile branş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 11. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Hayır | 94 | 48,19±4,98 | -1,801 | 0.073 |
| | Evet | 107 | 49,57±5,77 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Hayır | 94 | 20,43±3,08 | -1,009 | 0.314 |
| | Evet | 107 | 20,91±3,61 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Hayır | 94 | 27,77±3,90 | -1,564 | 0.119 |
| | Evet | 107 | 28,66±4,20 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 11'de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?" açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 12. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Sizce aldığınız eğitim yeterli miydi?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması (N=107)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Hayır | 70 | 50,17±5,47 | 1,492 | 0.139 |
| | Evet | 37 | 48,43±6,21 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Hayır | 70 | 21,44±3,76 | 2,150 | **0.034** |
| | Evet | 37 | 19,89±3,12 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Hayır | 70 | 28,73±4,09 | 0,220 | 0.827 |
| | Evet | 37 | 28,54±4,44 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 12'de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Sizce aldığınız eğitim yeterli miydi?" Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama sorumluluğu" puanı ile "Sizce aldığınız eğitim yeterli miydi?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,150 p=0.034). Aldığı eğitinin yeterli olmadığını

düşünenlerin, aldığı eğitimi yeterli bulanlara kıyasla "Raporlama sorumluluğu" puanı daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 13. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması (N=201)**

| ***Değişkenler*** | | ***N*** | ***Ort±SS*** | ***t*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|
| **SÇÇİRKTBÖ Toplam** | Hayır | 158 | 48,47±5,27 | -2,273 | **0.024** |
| | Evet | 43 | 50,58±5,80 | | |
| Raporlama sorumluluğu | Hayır | 158 | 20,63±3,42 | -0,392 | 0.696 |
| | Evet | 43 | 20,86±3,23 | | |
| Raporlama ile ilgili endişeler | Hayır | 158 | 27,84±3,95 | -2,725 | **0.007** |
| | Evet | 43 | 29,72±4,21 | | |

**Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 13'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre SÇÇİRKTBÖ toplam puanı ile "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,273 p=0.024). Raporlama yapanların, yapmayanlara kıyasla SÇÇİRKTBÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

SÇÇİRKTBÖ alt boyutlarından "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı ile "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,725 p=0.007). Raporlama yapanların, yapmayanlara kıyasla "Raporlama ile ilgili endişeler" puanı daha yüksek bulunmuştur.

## 4.4.KATILIMCILARIN ÖLÇEK SORULARINA VERDİKLERİ YANITLAR İLE SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ VE ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 14. "Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması**

| | **"Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum."** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | **Grup** | **Kesinlikle Katılıyorum n=139** | **Katılıyorum n=51** | **Kararsızım n=10** | **Katılmıyorum n=1** | **p** |
| **Yaş** | 30 yaş altı | 90 (68,7) | 35 (26,7) | 6 (4,6) | 0 (0,0) | 0.560[b] |
| | 30 yaş ve üstü | 49 (70) | 16 (22,9) | 4 (5,7) | 1 (1,4) | |
| **Cinsiyet** | Erkek | 55 (72,4) | 15 (19,7) | 5 (6,6) | 1 (1,3) | 0.238[b] |
| | Kadın | 84 (67,2) | 36 (28,8) | 5 (4) | 0 (0,0) | |
| **Meslek Yılı** | 0-5 yıl | 107 (70,4) | 38 (25) | 6 (3,9) | 1 (0,7) | 0.661[b] |
| | 6-10 yıl | 25 (64,1) | 10 (25,6) | 4 (10,3) | 0 (0,0) | |
| | 10 yıl üstü | 7 (70) | 3 (30) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | |
| **Akademik unvan** | Pratisyen hekim | 14 (77,8) | 2 (11,1) | 2 (11,1) | 0 (0,0) | 0.451[b] |
| | Asistan doktor | 105 (66,9) | 44 (28) | 7 (4,5) | 1 (0,6) | |
| | Uzman doktor | 20 (76,9) | 5 (19,2) | 1 (3,8) | 0 (0,0) | |
| **Medeni durum** | Bekar/boşanmış | 99 (72,3) | 33 (24,1) | 5 (3,6) | 0 (0,0) | 0.172[b] |
| | Evli | 40 (62,5) | 18 (28,1) | 5 (7,8) | 1 (1,6) | |
| **Çocuğunuz var mı?** | Hayır | 115 (70,1) | 44 (26,8) | 5 (3) | 0 (0,0) | **0.012[b]** |
| | Evet | 24 (64,9) | 7 (18,9) | 5 (13,5) | 1 (2,7) | |
| **Branş** | Acil tıp | 15 (83,3) | 2 (11,1) | 1 (5,6) | 0 (0,0) | **0.013[a]** |
| | Aile hekimliği | 23 (45,1) | 23 (45,1) | 5 (9,8) | 0 (0,0) | |
| | Kadın doğum hastalıkları | 18 (90) | 2 (10) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | |
| | Pediatri | 44 (74,6) | 13 (22) | 1 (1,7) | 1 (1,7) | |
| | Diğer | 39 (73,6) | 11 (20,8) | 3 (5,7) | 0 (0,0) | |
| **Branş Grup** | Dahili | 87 (64,9) | 39 (29,1) | 7 (5,2) | 1 (0,7) | 0.249[b] |
| | Cerrahi | 52 (77,6) | 12 (17,9) | 3 (4,5) | 0 (0,0) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?** | Hayır | 68 (72,3) | 22 (23,4) | 3 (3,2) | 1 (1,1) | 0.419[b] |
| | Evet | 71 (66,4) | 29 (27,1) | 7 (6,5) | 0 (0,0) | |
| **Aldığınız eğitim yeterli miydi?** | Hayır | 41 (58,6) | 22 (31,4) | 7 (10) | - | **0.028[b]** |
| | Evet | 30 (81,1) | 7 (18,9) | 0 (0) | - | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?** | Hayır | 102 (64,6) | 46 (29,1) | 9 (5,7) | 1 (0,6) | **0.042[b]** |
| | Evet | 37 (86) | 5 (11,6) | 1 (2,3) | 0 (0,0) | |

**a=Pearson chi-square test, b=Fisher's exact test, p<0.05**

Tablo 14'te katılımcıların SÇÇİRKTB ölçeği "Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum." Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum." Sorusu

ile "Çocuğunuz var mı?" (p=0.012), Branş (p=0.013), "Aldığınız eğitim yeterli miydi?" (p=0.028) ve "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" (p=0.042) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 15. "Çocuk istismarını, dava açılması ihtimali sebebiyle rapor etmemeyi tercih ederim." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması**

| | **"Çocuk istismarını, dava açılması ihtimali sebebiyle rapor etmemeyi tercih ederim."** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | **Grup** | **Kesinlikle Katılıyorum (n=5)** | **Katılıyorum (n=14)** | **Kararsızım (n=24)** | **Katılmıyorum (n=76)** | **Kesinlikle Katılmıyorum (n=82)** | **p** |
| **Yaş** | 30 yaş altı | 1 (0,8) | 7 (5,3) | 18 (13,7) | 55 (42) | 50 (38,2) | 0.057[b] |
| | 30 yaş ve üstü | 4 (5,7) | 7 (10) | 6 (8,6) | 21 (30) | 32 (45,7) | |
| **Cinsiyet** | Erkek | 5 (6,6) | 7 (9,2) | 11 (14,5) | 23 (30,3) | 30 (39,5) | **0.020[b]** |
| | Kadın | 0 (0) | 7 (5,6) | 13 (10,4) | 53 (42,4) | 52 (41,6) | |
| **Meslek Yılı** | 0-5 yıl | 4 (2,6) | 10 (6,6) | 21 (13,8) | 59 (38,8) | 58 (38,2) | 0.515[b] |
| | 6-10 yıl | 1 (2,6) | 2 (5,1) | 3 (7,7) | 15 (38,5) | 18 (46,2) | |
| | 10 yıl üstü | 0 (0,0) | 2 (20) | 0 (0,0) | 2 (20,0) | 6 (60,0) | |
| **Akademik unvan** | Pratisyen hekim | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (16,7) | 4 (22,2) | 11 (61,1) | **0.001[b]** |
| | Asistan doktor | 5 (3,2) | 11 (7) | 19 (12,1) | 70 (44,6) | 52 (33,1) | |
| | Uzman doktor | 0 (0,0) | 3 (11,5) | 2 (7,7) | 2 (7,7) | 19 (73,1) | |
| **Medeni durum** | Bekar/boşanmış | 4 (2,9) | 12 (8,8) | 17 (12,4) | 55 (40,1) | 49 (35,8) | 0.245[b] |
| | Evli | 1 (1,6) | 2 (3,1) | 7 (10,9) | 21 (32,8) | 33 (51,6) | |
| **Çocuğunuz var mı?** | Hayır | 4 (2,4) | 12 (7,3) | 20 (12,2) | 67 (40,9) | 61 (37,2) | 0.238[b] |
| | Evet | 1 (2,7) | 2 (5,4) | 4 (10,8) | 9 (24,3) | 21 (56,8) | |
| **Branş** | Acil tıp | 0 (0) | 0 (0) | 2 (11,1) | 4 (22,2) | 12 (66,7) | 0.144[a] |
| | Aile hekimliği | 3 (5,9) | 2 (3,9) | 7 (13,7) | 23 (45,1) | 16 (31,4) | |
| | Kadın doğum hastalıkları | 0 (0) | 1 (5) | 1 (5) | 12 (60) | 6 (30) | |
| | Pediatri | 1 (1,7) | 4 (6,8) | 5 (8,5) | 22 (37,3) | 27 (45,8) | |
| | Diğer | 1 (1,9) | 7 (13,2) | 9 (17) | 15 (28,3) | 21 (39,6) | |
| **Branş Grup** | Dahili | 4 (3) | 7 (5,2) | 15 (11,2) | 51 (38,1) | 57 (42,5) | 0.648[b] |
| | Cerrahi | 1 (1,5) | 7 (10,4) | 9 (13,4) | 25 (37,3) | 25 (37,3) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?** | Hayır | 3 (3,2) | 6 (6,4) | 15 (16) | 33 (35,1) | 37 (39,4) | 0.508[b] |
| | Evet | 2 (1,9) | 8 (7,5) | 9 (8,4) | 43 (40,2) | 45 (42,1) | |
| **Aldığınız eğitim yeterli miydi?** | Hayır | 1 (1,4) | 2 (2,9) | 8 (11,4) | 32 (45,7) | 27 (38,6) | **0.026[b]** |
| | Evet | 1 (2,7) | 6 (16,2) | 1 (2,7) | 11 (29,7) | 18 (48,6) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?** | Hayır | 5 (3,2) | 9 (5,7) | 24 (15,2) | 66 (41,8) | 54 (34,2) | **<0.001[b]** |
| | Evet | 0 (0) | 5 (11,6) | 0 (0) | 10 (23,3) | 28 (65,1) | |

**a=Pearson chi-square test, b=Fisher's exact test, p<0.05**

Tablo 15'te katılımcıların SÇÇİRKTB ölçeği "Çocuk istismarını, dava açılması ihtimali sebebiyle rapor etmemeyi tercih ederim." Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Çocuk istismarını, dava açılması ihtimali sebebiyle rapor etmemeyi tercih ederim." Sorusu ile cinsiyet (p=0.020), akademik unvan (p=0.001), Aldığınız eğitim yeterli miydi? (p=0.026), Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı? (p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 16. "Çocuk istismarı raporlama hakkındaki sistemin, problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması**

| | | Çocuk istismarı raporlama hakkındaki sistemin, problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | **Grup** | **Kesinlikle Katılıyorum (n=25)** | **Katılıyorum (n=35)** | **Kararsızım (n=65)** | **Katılmıyorum (n=39)** | **Kesinlikle Katılmıyorum (n=37)** | **p** |
| **Yaş** | 30 yaş altı | 12 (9,2) | 24 (18,3) | 45 (34,4) | 27 (20,6) | 23 (17,6) | 0.363[a] |
| | 30 yaş ve üstü | 13 (18,6) | 11 (15,7) | 20 (28,6) | 12 (17,1) | 14 (20) | |
| **Cinsiyet** | Erkek | 11 (14,5) | 16 (21,1) | 24 (31,6) | 10 (13,2) | 15 (19,7) | 0.415[a] |
| | Kadın | 14 (11,2) | 19 (15,2) | 41 (32,8) | 29 (23,2) | 22 (17,6) | |
| **Meslek Yılı** | 0-5 yıl | 17 (11,2) | 26 (17,1) | 51 (33,6) | 31 (20,4) | 27 (17,8) | 0.329[b] |
| | 6-10 yıl | 7 (17,9) | 8 (20,5) | 10 (25,6) | 6 (15,4) | 8 (20,5) | |
| | 10 yıl üstü | 17 (11,2) | 26 (17,1) | 51 (33,6) | 31 (20,4) | 27 (17,8) | |
| **Akademik unvan** | Pratisyen hekim | 1 (5,6) | 2 (11,1) | 6 (33,3) | 5 (27,8) | 4 (22,2) | 0.795[b] |
| | Asistan doktor | 21 (13,4) | 27 (17,2) | 53 (33,8) | 30 (19,1) | 26 (16,6) | |
| | Uzman doktor | 3 (11,5) | 6 (23,1) | 6 (23,1) | 4 (15,4) | 7 (26,9) | |
| **Medeni durum** | Bekar/boşanmış | 14 (10,2) | 24 (17,5) | 47 (34,3) | 27 (19,7) | 25 (18,2) | 0.693[b] |
| | Evli | 11 (17,2) | 11 (17,2) | 18 (28,1) | 12 (18,8) | 12 (18,8) | |
| **Çocuğunuz var mı?** | Hayır | 18 (11) | 27 (16,5) | 56 (34,1) | 32 (19,5) | 31 (18,9) | 0.555[a] |
| | Evet | 7 (18,9) | 8 (21,6) | 9 (24,3) | 7 (18,9) | 6 (16,2) | |
| **Branş** | Acil tıp | 2 (11,1) | 1 (5,6) | 4 (22,2) | 5 (27,8) | 6 (33,3) | 0.155[a] |
| | Aile hekimliği | 9 (17,6) | 10 (19,6) | 18 (35,3) | 11 (21,6) | 3 (5,9) | |
| | Kadın doğum hastalıkları | 3 (15) | 3 (15) | 8 (40) | 3 (15) | 3 (15) | |
| | Pediatri | 8 (13,6) | 8 (13,6) | 14 (23,7) | 13 (22) | 16 (27,1) | |
| | Diğer | 3 (5,7) | 13 (24,5) | 21 (39,6) | 7 (13,2) | 9 (17) | |
| **Branş Grup** | Dahili | 20 (14,9) | 22 (16,4) | 38 (28,4) | 29 (21,6) | 25 (18,7) | 0.226[a] |
| | Cerrahi | 5 (7,5) | 13 (19,4) | 27 (40,3) | 10 (14,9) | 12 (17,9) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?** | Hayır | 13 (13,8) | 15 (16) | 35 (37,2) | 17 (18,1) | 14 (14,9) | 0.508[b] |
| | Evet | 12 (11,2) | 20 (18,7) | 30 (28) | 22 (20,6) | 23 (21,5) | |
| **Aldığınız eğitim yeterli miydi?** | Hayır | 2 (2,9) | 13 (18,6) | 20 (28,6) | 17 (24,3) | 18 (25,7) | **0.026[b]** |
| | Evet | 10 (27) | 7 (18,9) | 10 (27) | 5 (13,5) | 5 (13,5) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?** | Hayır | 19 (12) | 31 (19,6) | 52 (32,9) | 31 (19,6) | 25 (15,8) | 0.296[b] |
| | Evet | 6 (14) | 4 (9,3) | 13 (30,2) | 8 (18,6) | 12 (27,9) | |

**a=Pearson chi-square test, b=Fisher's exact test, p<0.05**

Tablo 16'da katılımcıların SÇÇİRKTB ölçeği "Çocuk istismarı raporlama hakkındaki mevcut sistemin, problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum." Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Çocuk istismarı raporlama hakkındaki mevcut sistemin, problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum." Sorusu ile "Aldığınız eğitim yeterli miydi?" (p=0.026) sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

## Tablo 17. "Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

| | **Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir.** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | **Grup** | **Kesinlikle Katılıyorum (n=28)** | **Katılıyorum (n=57)** | **Kararsızım (n=58)** | **Katılmıyorum (n=38)** | **Kesinlikle Katılmıyorum (n=20)** | **p** |
| **Yaş** | 30 yaş altı | 19 (14,5) | 38 (29) | 43 (32,8) | 21 (16) | 10 (7,6) | 0.209[a] |
| | 30 yaş ve üstü | 9 (12,9) | 19 (27,1) | 15 (21,4) | 17 (24,3) | 10 (14,3) | |
| **Cinsiyet** | Erkek | 13 (17,1) | 24 (31,6) | 14 (18,4) | 17 (22,4) | 8 (10,5) | 0.149[a] |
| | Kadın | 15 (12) | 33 (26,4) | 44 (35,2) | 21 (16,8) | 12 (9,6) | |
| **Meslek Yılı** | 0-5 yıl | 24 (15,8) | 43 (28,3) | 47 (30,9) | 25 (16,4) | 13 (8,6) | 0.470[b] |
| | 6-10 yıl | 3 (7,7) | 11 (28,2) | 10 (25,6) | 10 (25,6) | 5 (12,8) | |
| | 10 yıl üstü | 1 (10) | 3 (30) | 1 (10) | 3 (30) | 2 (20) | |
| **Akademik unvan** | Pratisyen hekim | 3 (16,7) | 3 (16,7) | 7 (38,9) | 3 (16,7) | 2 (11,1) | 0.686[b] |
| | Asistan doktor | 22 (14) | 48 (30,6) | 45 (28,7) | 29 (18,5) | 13 (8,3) | |
| | Uzman doktor | 3 (11,5) | 6 (23,1) | 6 (23,1) | 6 (23,1) | 5 (19,2) | |
| **Medeni durum** | Bekar/boşanmış | 21 (15,3) | 38 (27,7) | 44 (32,1) | 22 (16,1) | 12 (8,8) | 0.319[b] |
| | Evli | 7 (10,9) | 19 (29,7) | 14 (21,9) | 16 (25) | 8 (12,5) | |
| **Çocuğunuz var mı?** | Hayır | 24 (14,6) | 47 (28,7) | 51 (31,1) | 26 (15,9) | 16 (9,8) | 0.177[a] |
| | Evet | 4 (10,8) | 10 (27) | 7 (18,9) | 12 (32,4) | 4 (10,8) | |
| **Branş** | Acil tıp | 3 (16,7) | 3 (16,7) | 6 (33,3) | 3 (16,7) | 3 (16,7) | 0.440[a] |
| | Aile hekimliği | 2 (3,9) | 20 (39,2) | 16 (31,4) | 8 (15,7) | 5 (9,8) | |
| | Kadın doğum hastalıkları | 6 (30) | 6 (30) | 4 (20) | 3 (15) | 1 (5) | |
| | Pediatri | 11 (18,6) | 14 (23,7) | 15 (25,4) | 12 (20,3) | 7 (11,9) | |
| | Diğer | 6 (11,3) | 14 (26,4) | 17 (32,1) | 12 (22,6) | 4 (7,5) | |
| **Branş Grup** | Dahili | 17 (12,7) | 37 (27,6) | 40 (29,9) | 25 (18,7) | 15 (11,2) | 0.861[b] |
| | Cerrahi | 11 (16,4) | 20 (29,9) | 18 (26,9) | 13 (19,4) | 5 (7,5) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?** | Hayır | 14 (14,9) | 29 (30,9) | 29 (30,9) | 12 (12,8) | 10 (10,6) | 0.306[a] |
| | Evet | 14 (13,1) | 28 (26,2) | 29 (27,1) | 26 (24,3) | 10 (9,3) | |
| **Aldığınız eğitim yeterli miydi?** | Hayır | 9 (12,9) | 20 (28,6) | 18 (25,7) | 18 (25,7) | 5 (7,1) | 0.769[a] |
| | Evet | 5 (13,5) | 8 (21,6) | 11 (29,7) | 8 (21,6) | 5 (13,5) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?** | Hayır | 22 (13,9) | 45 (28,5) | 50 (31,6) | 29 (18,4) | 12 (7,6) | 0.182[a] |
| | Evet | 6 (14) | 12 (27,9) | 8 (18,6) | 9 (20,9) | 8 (18,6) | |

**a=Pearson chi-square test, b=Fisher's exact test, p<0.05**

Tablo 17'de katılımcıların SÇÇİRKTB ölçeği "Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir." Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir." Sorusu ile çeşitli değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

## Tablo 18. "Çocuk istismarını rapor etmeden önce bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunacağım." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

| | "Bir Çocuk istismarını rapor etmeden önce bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunacağım." | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | **Grup** | **Kesinlikle Katılıyorum (n=41)** | **Katılıyorum (n=98)** | **Kararsızım (n=37)** | **Katılmıyorum (n=17)** | **Kesinlikle Katılmıyorum (n=8)** | **p** |
| **Yaş** | 30 yaş altı | 28 (21,4) | 68 (51,9) | 21 (16) | 9 (6,9) | 5 (3,8) | 0.518[a] |
| | 30 yaş ve üstü | 13 (18,6) | 30 (42,9) | 16 (22,9) | 8 (11,4) | 3 (4,3) | |
| **Cinsiyet** | Erkek | 17 (22,4) | 32 (42,1) | 19 (25) | 5 (6,6) | 3 (3,9) | 0.319[a] |
| | Kadın | 24 (19,2) | 66 (52,8) | 18 (14,4) | 12 (9,6) | 5 (4) | |
| **Meslek Yılı** | 0-5 yıl | 32 (21,1) | 80 (52,6) | 23 (15,1) | 11 (7,2) | 6 (3,9) | 0.272[b] |
| | 6-10 yıl | 6 (15,4) | 14 (35,9) | 12 (30,8) | 5 (12,8) | 2 (5,1) | |
| | 10 yıl üstü | 3 (30) | 4 (40) | 2 (20) | 1 (10) | 0 (0) | |
| **Akademik unvan** | Pratisyen hekim | 3 (16,7) | 7 (38,9) | 5 (27,8) | 1 (5,6) | 2 (11,1) | 0.542[b] |
| | Asistan doktor | 32 (20,4) | 80 (51) | 28 (17,8) | 12 (7,6) | 5 (3,2) | |
| | Uzman doktor | 6 (23,1) | 11 (42,3) | 4 (15,4) | 4 (15,4) | 1 (3,8) | |
| **Medeni durum** | Bekar/boşanmış | 34 (24,8) | 70 (51,1) | 22 (16,1) | 7 (5,1) | 4 (2,9) | **0.012[a]** |
| | Evli | 7 (10,9) | 28 (43,8) | 15 (23,4) | 10 (15,6) | 4 (6,3) | |
| **Çocuğunuz var mı?** | Hayır | 35 (21,3) | 86 (52,4) | 27 (16,5) | 11 (6,7) | 5 (3) | **0.033[b]** |
| | Evet | 6 (16,2) | 12 (32,4) | 10 (27) | 6 (16,2) | 3 (8,1) | |
| **Branş** | Acil tıp | 4 (22,2) | 6 (33,3) | 5 (27,8) | 1 (5,6) | 2 (11,1) | **0.037[a]** |
| | Aile hekimliği | 8 (15,7) | 25 (49) | 13 (25,5) | 5 (9,8) | 0 (0) | |
| | Kadın doğum hastalıkları | 8 (40) | 10 (50) | 2 (10) | 0 (0) | 0 (0) | |
| | Pediatri | 11 (18,6) | 31 (52,5) | 5 (8,5) | 6 (10,2) | 6 (10,2) | |
| | Diğer | 10 (18,9) | 26 (49,1) | 12 (22,6) | 5 (9,4) | 0 (0) | |
| **Branş Grup** | Dahili | 25 (18,7) | 66 (49,3) | 23 (17,2) | 12 (9) | 8 (6) | 0.280[b] |
| | Cerrahi | 16 (23,9) | 32 (47,8) | 14 (20,9) | 5 (7,5) | 0 (0) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?** | Hayır | 24 (25,5) | 43 (45,7) | 16 (17) | 7 (7,4) | 4 (4,3) | 0.551[a] |
| | Evet | 17 (15,9) | 55 (51,4) | 21 (19,6) | 10 (9,3) | 4 (3,7) | |
| **Aldığınız eğitim yeterli miydi?** | Hayır | 12 (17,1) | 36 (51,4) | 14 (20) | 6 (8,6) | 2 (2,9) | 0.929[a] |
| | Evet | 5 (13,5) | 19 (51,4) | 7 (18,9) | 4 (10,8) | 2 (5,4) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?** | Hayır | 35 (22,2) | 77 (48,7) | 33 (20,9) | 10 (6,3) | 3 (1,9) | **0.004[a]** |
| | Evet | 6 (14) | 21 (48,8) | 4 (9,3) | 7 (16,3) | 5 (11,6) | |

**a=Pearson chi-square test, b=Fisher's exact test, p<0.05**

Tablo 18'de katılımcıların SÇÇİRKTB ölçeği "Bir Çocuk istismarını rapor etmeden önce bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunacağım." Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Bir Çocuk istismarını rapor etmeden önce bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunacağım." Sorusu ile medeni durum (p=0.012), "Çocuğunuz var mı?" (p=0.033), branş (p=0.037), "Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?" (p=0.004) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

## Tablo 19. "Yeteri kadar delil toplamak zor olduğundan, çocuk istismarını rapor etmek de zorlaşıyor." Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

| | "Yeteri kadar delil toplamak zor olduğundan, çocuk istismarını rapor etmek de zorlaşıyor." | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | **Grup** | **Kesinlikle Katılıyorum (n=44)** | **Katılıyorum (n=86)** | **Kararsızım (n=44)** | **Katılmıyorum (n=20)** | **Kesinlikle Katılmıyorum (n=7)** | **p** |
| **Yaş** | 30 yaş altı | 32 (24,4) | 58 (44,3) | 28 (21,4) | 11 (8,4) | 2 (1,5) | 0.172[a] |
| | 30 yaş ve üstü | 12 (17,1) | 28 (40) | 16 (22,9) | 9 (12,9) | 5 (7,1) | |
| **Cinsiyet** | Erkek | 11 (14,5) | 31 (40,8) | 22 (28,9) | 8 (10,5) | 4 (5,3) | 0.130[a] |
| | Kadın | 33 (26,4) | 55 (44) | 22 (17,6) | 12 (9,6) | 3 (2,4) | |
| **Meslek Yılı** | 0-5 yıl | 37 (24,3) | 65 (42,8) | 34 (22,4) | 14 (9,2) | 2 (1,3) | **0.042[b]** |
| | 6-10 yıl | 4 (10,3) | 18 (46,2) | 9 (23,1) | 5 (12,8) | 3 (7,7) | |
| | 10 yıl üstü | 3 (30) | 3 (30) | 1 (10) | 1 (10) | 2 (20,0) | |
| **Akademik unvan** | Pratisyen hekim | 4 (22,2) | 5 (27,8) | 5 (27,8) | 4 (22,2) | 0 (0,0) | 0.186[b] |
| | Asistan doktor | 34 (21,7) | 73 (46,5) | 33 (21) | 13 (8,3) | 4 (2,5) | |
| | Uzman doktor | 6 (23,1) | 8 (30,8) | 6 (23,1) | 3 (11,5) | 3 (11,5) | |
| **Medeni durum** | Bekar/boşanmış | 34 (24,8) | 58 (42,3) | 30 (21,9) | 12 (8,8) | 3 (2,2) | 0.357[a] |
| | Evli | 10 (15,6) | 28 (43,8) | 14 (21,9) | 8 (12,5) | 4 (6,3) | |
| **Çocuğunuz var mı?** | Hayır | 39 (23,8) | 68 (41,5) | 37 (22,6) | 16 (9,8) | 4 (2,4) | 0.306[a] |
| | Evet | 5 (13,5) | 18 (48,6) | 7 (18,9) | 4 (10,8) | 3 (8,1) | |
| **Branş** | Acil tıp | 4 (22,2) | 5 (27,8) | 3 (16,7) | 4 (22,2) | 2 (11,1) | **0.006[a]** |
| | Aile hekimliği | 14 (27,5) | 23 (45,1) | 9 (17,6) | 5 (9,8) | 0 (0) | |
| | Kadın doğum hastalıkları | 9 (45) | 3 (15) | 7 (35) | 1 (5) | 0 (0) | |
| | Pediatri | 9 (15,3) | 31 (52,5) | 9 (15,3) | 5 (8,5) | 5 (8,5) | |
| | Diğer | 8 (15,1) | 24 (45,3) | 16 (30,2) | 5 (9,4) | 0 (0) | |
| **Branş Grup** | Dahili | 29 (21,6) | 61 (45,5) | 22 (16,4) | 15 (11,2) | 7 (5,2) | **0.035[a]** |
| | Cerrahi | 15 (22,4) | 25 (37,3) | 22 (32,8) | 5 (7,5) | 0 (0,0) | |
| **Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?** | Hayır | 23 (24,5) | 41 (43,6) | 17 (18,1) | 10 (10,6) | 3 (3,2) | 0.762[a] |
| | Evet | 21 (19,6) | 45 (42,1) | 27 (25,2) | 10 (9,3) | 4 (3,7) | |
| **Aldığınız eğitim yeterli miydi?** | Hayır | 15 (21,4) | 29 (41,4) | 18 (25,7) | 6 (8,6) | 2 (2,9) | 0.908[a] |
| | Evet | 6 (16,2) | 16 (43,2) | 9 (24,3) | 4 (10,8) | 2 (5,4) | |
| **Daha önce ÇİVİ raporlaması yaptınız mı?** | Hayır | 37 (23,4) | 67 (42,4) | 35 (22,2) | 16 (10,1) | 3 (1,9) | 0.186[a] |
| | Evet | 7 (16,3) | 19 (44,2) | 9 (20,9) | 4 (9,3) | 4 (9,3) | |

**a=Pearson chi-square test, b=Fisher's exact test, p<0.05**

Tablo 19'da katılımcıların SÇÇİRKTB ölçeği "Yeteri kadar delil toplamak zor olduğundan, çocuk istismarını rapor etmek de zorlaşıyor." Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Yeteri kadar delil toplamak zor olduğundan, çocuk istismarını rapor etmek de zorlaşıyor." Sorusu ile meslek yılı grup (p=0.042), branş (p=0.006), branş grup (p=0.035) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

# 5.TARTIŞMA

## 5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılan 201 çocuk hasta muayene eden hekimin yaş grupları incelendiğinde 30 yaş altında olanların oranı %65,2 saptanmıştır. Eskici tarafından İzmir'de aile hekimlerinin ÇİVİ vakalarına yaklaşım ve bildirme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan benzer bir çalışmada yaş ortalaması 47,06±6,65 bulunmuştur.(37) 2018 yılında Adana'da yapılan bir başka çalışmada ise yaş ortalamaları 47,46±7,65 olarak saptanmıştır. (38) Çalışmamızda yaş ortalamasının daha düşük olmasının nedeni çalışmamızın asistan doktor ağırlıklı bir çalışma olması ve asistan doktorların mesleki kariyerlerinin başlarında asistanlık eğitimlerine başlamış olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin cinsiyet dağılımları incelendiğinde %62,2'sinin kadın olduğu görülmüştür. İzmir'de aile hekimliği asistanlarıyla yapılan bir çalışmada kadın hekim sayısının çoğunlukta olduğu bulunmuştur.(39) Kara tarafından Ankara'da; pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyenlerle yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %61,6'sının kadın hekim olduğu saptanmıştır.(40) Çalışmamız literatür ile uyumlu olup; çalışmamızın çoğunluğunu oluşturan branşların kadın hekimler tarafından daha fazla tercih edildiği görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hekimlerin akademik unvanlarına göre dağılımı %9'u pratisyen hekim, %78,1'i asistan doktor, %12,9 uzman doktor şeklinde bulunmuştur. Ankara'da yapılan bir çalışmada %36,3'ü asistan doktor, %18,2'si uzman doktor, 45,5'i pratisyen hekim olarak bulunmuştur.(40) Sivas'ta yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %12,63'ü acil tıp, %10,53'ü aile hekimliği, %14,74'ü pediatri kliniklerinde çalışmakta olduğu görülmüştür.(41) Çalışmamızda branşlara göre dağılımda katılımcıların %9'u acil tıp, %25,4'ü aile hekimliği, %29,4'ü pediatri kliniklerinde çalışmaktaydı. Bizim çalışmamızın verilerinin, literatürdeki çalışmalardan farklı olmasının sebebinin çalışmamıza yalnızca çocuk hasta muayene eden branş hekimlerinin dahil edilmesi olduğu düşünülmüştür.

## 5.2.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÖLÇEK TOPLAM PUANLARI İLE TARTIŞILMASI

Katılımcıların ölçek toplam puanları sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılmıştır. Bu özelliklerden cinsiyet faktörü ile katılımcıların aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Pakiş ve ark. tarafından hekim ve hemşirelerin ÇİVİ farkındalık ve bilgi düzeyini belirlemek için yapılan bir çalışmada kadınların ÇİVİ bilgi düzeyi anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.(42) Ankara'da yapılan bir başka çalışmada ise kadınların ÇİVİ konusunda bilgi puanı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur.(40) Bizim çalışmamızda literatürden farklı sonuçlarla karşılaşmamızın sebebi katılımcılarımızın ağırlıklı olarak yeni mezun doktorlardan oluşması ve son yıllarda tıp fakültelerinde ÇİVİ konusundaki eğitimlere önem verilmesi olarak yorumlanmıştır.

Ankara'da pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimler ile yapılan bir çalışmada hekimlerin mesleki yılı arttıkça ÇİVİ konusundaki bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır.(40) Şanyüz tarafından 2009 yılında yapılan bir başka çalışmada ise hekimlerin mesleki deneyim süresi ile adli vakaların bildirim ve raporlanması arasında pozitif yönlü korelasyon görülmüştür.(43) Çalışmamızda katılımcıların ölçek toplam puanları ile mesleki çalışma yılı karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Mesleki çalışma süresi arttıkça alınan ölçek toplam puanları artmaktadır ve literatür ile uyumlu bulunmuştur. Mesleki çalışma süresinin artmasıyla olası olgularla karşılaşma ihtimalinin artması ve hizmet içi eğitimlerin devam etmesi sebebiyle; mesleki yılı daha fazla olan hekimlerin ÇİVİ konusundaki hassasiyetlerinin daha yüksek seviyede olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Mesleki kariyerlerinin başlarında olan hekimlere; ÇİVİ konulu hizmet içi eğitimler planlanması gerektiği düşünülmüştür.

Kayseri'de okul öncesi öğretmenler ile yapılan bir çalışmada; evli olan öğretmenlerin ÇİVİ görüş ve farkındalık düzeyleri bekar olan meslektaşlarına karşı daha yüksek bulunmuştur.(44) Ankara'da yapılan bir diğer çalışmada ÇİVİ bilgi düzeyinin evli olan hekimlerde bekarlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır.(40) Çalışmamızdaki katılımcıların ölçek toplam puanları ile medeni durum

karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durum literatür ile uyumlu olduğu gibi; benzer eğitim süreçlerinden geçmiş olsalar da evli katılımcıların ÇİVİ konusundaki hassasiyetlerinin daha yüksek seviyede olduğu sonucunu çıkarmaktadır.

İsveç'te yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olan hekimlerin çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek oranda ÇİVİ raporlaması yaptığı görülmüştür.(45) Mersin'de yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olan doktorların ÇİVİ farkındalığı ölçek puanları çocuk sahibi olmayan hekimlere göre daha yüksek seviyede bulunmuştur.(46) Edirne'de yapılan bir çalışmada da benzer bulgular görülmüştür.(47) Çalışmamıza katılan çocuk sahibi olan hekimlerin ölçek toplam puanları, çocuk sahibi olmayan hekimlere göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmış ve literatür ile uyumlu bulunmuştur. Çocuk sahibi olan hekimlerin ebeveyn olmalarından kaynaklanan ÇİVİ konusundaki daha yüksek empati yeteneği nedeniyle; ÇİVİ hassasiyetlerinin daha yüksek seviyede olduğu düşünülmüştür.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada çocuk hastalıkları kliniğinde çalışan hekimlerin ÇİVİ vakası veya şüphesini bildirme durumu oranları %100 olarak bulunmuş ve diğer branşlardan anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır.(48) 2018 yılında Erol'un yaptığı bir çalışmada da pediatri uzmanları ve asistanlarının ÇİVİ olgusu veya şüphesini bildirme oranları %100 olarak bulunmuştur.(49) Çalışmamızda pediatri branşında görev alan hekimlerin diğer branşlara göre ortalama ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Branşı gereği pediatri kliniğinde çalışan hekimlerin ÇİVİ şüpheli durumlarla karşılaşma ihtimalleri artmış olduğu ve bu konuyla ilgili daha fazla eğitim almış oldukları için ÇİVİ raporlama tutumlarının yüksek seviyede olduğu düşünülmüştür.

Adana'da yapılan bir çalışmada ÇİVİ ile daha önce karşılaşan hekimlerin karşılaşmayanlara kıyasla ÇİVİ bilgi, farkındalık ve tutum ölçek puanı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.(38) Kara tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada; ÇİVİ olgusu veya şüphesi karşısında bildirim yapan hekimlerin ÇİVİ bilgi düzeyi ölçek puanı yapmayanlara oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.(40) İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise hekimlerin ÇİVİ ile karşılaşma durumları çocuk cinsel istismar yaklaşım modelleri ile karşılaştırılmıştır. ÇİVİ ile karşılaşan hekimlerin; 'savcılığa

bildiririm' ve 'adli tıp, psikiyatri veya çocuk cerrahisine yönlendiririm' seçeneklerini seçme oranları ÇİVİ ile karşılamayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.(37) Elazığ'da yapılan bir çalışmada; ÇİVİ vakası ile daha önce karşılaşmış sağlık çalışanlarının ÇİVİ belirti ve risk tanılama ölçek puanları karşılamayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.(50) Çalışmamızda hekimlerin daha önce çocuk istismarı raporlaması yapma durumu toplam ölçek puanı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bildirim yapmış olan hekimlerin bu konudaki artmış tecrübeleri ve bildirim prosedürlerini yaşayarak öğrenmiş olmalarından; ÇİVİ bilgi, farkındalık seviyesi ve ÇİVİ raporlama tutum düzeylerinin yüksek seviyede olduğu düşünülmüştür.

## 5.3.KATILIMCILARIN ALT BOYUT VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

İzmir'de yapılan bir çalışmada hekimlerin meslek yılı ile çocuk cinsel istismarına yaklaşım modelleri karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmada bildirimde bulunmayacaklarını söyleyen 10 yıl ve altı hekimlerin oranı %10, 11-20 yıllık hekimlerin oranı %4,3, 21 ve üzeri yıllık hekimlerin oranı %3 şeklinde bulunmuştur.(37) Çalışmamızda hekimlerin raporlama ile ilgili endişeler alt boyutu ile mesleki çalışma yılı karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Katılımcıların mesleki çalışma yılı arttıkça ÇİVİ bildirimini engelleyebilecek endişelerin daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma süresinin artmasıyla; hekimlerin olası ÇİVİ olgusu veya şüphesini yönetme konusunda kendisini daha yetkin hissetmesi ve ÇİVİ raporlama tutumu seviyelerinin artmış olduğunu düşündürmüştür.

Ankara'da yapılan bir çalışmada hekimlerin unvanlarına göre ÇİVİ bildiriminde bulunmama nedenleri incelenmiştir. Pratisyen hekimlerin %19,4'ü bildirimde bulunmama nedeni olarak güvenlik endişesi seçeneğini işaretlemişken uzman ve asistan doktorlarda bu oran %0 olarak bulunmuştur.(40) Çalışmamızda hekimlerin unvanları ile raporlama ile ilgili endişeler alt boyutu karşılaştırıldığında; uzman hekimlerin asistan ve pratisyenlere göre ÇİVİ bildiriminde raporlamayı engelleyebilecek çekince düzeyleri daha düşük saptanmıştır. Bu durum bize meslekte uzmanlaşma seviyesi arttıkça raporlama çekincelerinin azaldığını düşündürmüştür.

## 5.4.KATILIMCILARIN ÇİVİ RAPORLAMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kocaer'in sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada ÇİVİ olgusundan şüphelenen hekimlerin %95,3'ü bildirimde bulunmayı düşündüğünü belirtmiştir.(51) İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada ise ÇİVİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşan hekimlerin bildirim yapma durumu %95,5 olarak bulunmuştur.(48) Çalışmamızda hekimlerin %94,5'i 'Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum' sorusuna kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevaplarını vermiştir. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Raporlama yapma durumu ile branş grupları arasında yaptığımız karşılaştırmada anlamlı bir fark saptanmıştır. Pediatri branşındaki hekimlerin rapor etme tutumu daha yüksek seviyede bulunmuştur. Hekimlerin büyük çoğunluğunun bildirimde bulunacağını belirtmesi sevindirici bir durumdur ancak bu oranın tam olması için tıp fakültelerinde ve meslek hayatında ÇİVİ konulu eğitimler ile bu durumun desteklenmesi gerektiği düşünülmüştür.

İsveç'te yapılan bir çalışmada hekimlere yöneltilen 'Sosyal hizmetlere yapılan bildirimler nadiren somut önlemlerin alınmasına yol açar' sorusuna hekimlerin %20'sinin evet, %40'ının kısmen yanıtlarını verdiği görülmüştür.(45) Mersin'de yapılan bir çalışmada ÇİVİ bildiriminde bulunmayacağını bildiren sağlık çalışanlarına bildirimde bulunmama nedenleri sorulmuş, %52,2'si sosyal servislerin konuyla ilgilenmemeleri cevabını işaretlemiştir.(46) İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada ise ÇİVİ bildiriminde bulunmayacağını belirten hekimlerin %7,7'sinin sosyal hizmetlerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesine sahip olduğu görülmüştür.(48) Tekirdağ'da sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ÇİVİ bildirimi yapılmamasının olası nedenleri sorulmuş, katılımcıların %21,3'ü yetkili kurumların konuya kayıtsız kalacağı düşüncesi yanıtını vermiştir.(52) Yapmış olduğumuz çalışmada hekimlerin %29,9'u 'ÇİVİ raporlama sisteminin problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum' sorusuna kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevaplarını vermişlerdir. Aldığı eğitimi yeterli bulan hekimlerin ÇİVİ raporlama sisteminin efektif olduğunu düşünme oranı düşünmeyenlere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bildirimden kaçınma sebepleri çoktan seçmeli sorulardan oluşmamakta idi. Bu nedenle literatürdeki çalışmalarla birtakım farklılıklar bulunmuştur.

Çalışmamızda hekimlerin branş grubu ile ÇİVİ raporlaması yapmadan bir yetkili ile görüş alışverişinde bulunma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hekimlerin medeni durum ile ÇİVİ raporlaması öncesi bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunma durumu karşılaştırıldığında; bekar hekimlerin bildirim öncesi görüş alışverişinde bulunma oranı evlilere göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Hekimlerin çocuk sahibi olma durumu ile ÇİVİ bildirimi öncesi bir yetkili ile görüş alışverişinde bulunma durumu karşılaştırıldığında; çocuk sahibi olmayan hekimlerin raporlama öncesi bir yetkili ile görüş alışverişinde bulunma oranı çocuk sahibi olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Katılımcılarımızın daha önce ÇİVİ nedenli raporlama yapma durumu ile ÇİVİ raporlaması yapmadan önce bir yetkili ile görüş alışverişinde bulunma durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Daha önce bildirim yapmayan hekimlerin raporlama öncesi görüş alışverişinde bulunma düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Literatürde bu konuda bir çalışma yoktur. Literatüre katkı sağlamak için bu konuyla ilgili çalışma yapılması önerilir.

İzmir'de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada hekimlerin ÇİVİ bildiriminden kaçınma sebebi sorgulanmış, hekimlerin %20,7'si 'Tehdit alma, şiddet görme, dava açılması gibi başıma bir şey gelmesinden korkarım' seçeneğini işaretlediği saptanmıştır.(37) Çüçen'in 2020 yılında yaptığı bir çalışmada ÇİVİ bildirimi yapmayacağını belirten hekimlerin %23,1'i bildirim yapmama nedeni olarak bildirim yapması durumunda zarar göreceği endişesi taşıdığını belirtmiştir.(48) Adana'da aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada bildirim yapmayacağını belirten hekimlerin bildirim yapmama nedeni sorgulanmış ve katılımcıları %2,7'si mesleki risk, tehdit, korku hususunda yeterli önlem olmadığı için bildirmediğini belirtmiştir.(38) Çalışmamızda hekimlerin %42,3'ü 'Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir.' sorusuna kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtlarını, %28,9'u kararsızım yanıtını vermişlerdir. Literatürden farklı sonuçlar elde etmemiz çalışmamızın 5'li likert tipi ölçekten oluşmasından olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızın daha yeni bir çalışma olması ve son yıllarda ülkemizde artan malpraktis dava sayıları ve sağlık çalışanlarına şiddet olayları katılımcı hekimlerimizin ÇİVİ bildirimi raporlama tutumlarına negatif etki ettiği düşünülmüştür.

Kuveyt'te pediatristlerle yapılan bir çalışmada hekimlerin %20,7'si ÇİVİ raporlaması yapmama nedeni olarak yeterli öykü olmaması yanıtını vermişlerdir.(53) İsveç'te yapılan bir çalışmada hekimlerin 'Kesin kanıt yoksa, iletişimi sürdürmek ve daha fazla bilgi edinmek için raporlamayı ertelemek makul olabilir' sorusuna evet, kısmen ve bir dereceye kadar cevabını verenlerin oranı %78,1 olarak bulunmuştur.(45) İstanbul'da yapılan bir çalışmada ÇİVİ raporlaması yapmayacağını belirten hekimlerin nedenleri değerlendirilmiş ve hekimlerin %15,4'ünün konuya ait yeterli kanıt olmaması yanıtını verdiği saptanmıştır.(48) Tekirdağ'da sağlık çalışanları ile yapılan bir başka çalışmada ise ÇİVİ raporlaması yapılmamasının olası sebepleri sorulmuş, katılımcıların %50'si 'ÇİVİ'ye ilişkin yetersiz kanıt bulunması' sorusuna evet cevabı vermiştir.(52) Çalışmamızda hekimlerin %64,7'si ÇİVİ şüphesinde delil toplamanın zor olmasından ÇİVİ raporlaması yapmanın da zorlaştığını belirtmiştir, %21,9'u kararsız olduklarını ifade etmiştir. Mesleki çalışma süresi daha az olan hekimlerin ÇİVİ raporlamasının yetersiz delil nedeniyle zorlaştığını düşünme oranı anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Branş grupları ile yeterli delil toplamanın zor olmasından ÇİVİ bildiriminin zorlaştığını düşünme oranı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bölge farklılığından kaynaklanan nedenlerden dolayı çalışmamız literatür ile farklılıklar göstermektedir. Yeterli kanıt toplamanın global bir sorun olduğu ve hekimlerin önce zarar verme ilkesi ile bildirimi zorunlu olan mesleki sorumluluklarını yerine getirme istekleri arasında kaldığı düşünülmüştür.

# 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız branşı gereği çocuk hasta muayene eden 201 hekim ile yapılmıştır. Çocuk hasta muayene eden hekimlerin ÇİVİ raporlama tutumunu değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin sosyodemografik verileri ile ÇİVİ raporlama tutumu karşılaştırıldığında; hekimlerin mesleki çalışma yılının arttıkça ÇİVİ raporlama tutumu seviyesinin arttığı, ÇİVİ raporlaması ile ilgili endişe düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Bu durum; hekimlerin meslekte geçirdiği sürenin artması ile olası ÇİVİ olgusunu yönetmede kendini daha yetkin hissettikleri şeklinde yorumlanmıştır. Evli olan hekimler ve çocuk sahibi olan hekimlerin ÇİVİ raporlama hassasiyetlerinin daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu durum; kendi ailelerini kuran hekimlerin ÇİVİ konusundaki empati düzeylerinin artmış olduğu ve ÇİVİ bildirimine daha yatkın olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Hekimlerin branşlarına göre ÇİVİ raporlama tutum düzeyleri karşılaştırıldığında ise pediatri branşına mensup hekimlerin diğer branş hekimlerine kıyasla daha yüksek düzeyde raporlama tutumuna sahip olduğu görülmüştür. Pediatri hekimlerinin branşları gereği şüpheli vakalarla karşılaşma ihtimallerinin artmış olmasından ve bu konuda daha fazla eğitim almış olmalarından diğer branşlara kıyasla daha yüksek raporlama tutum düzeyine sahip oldukları düşünülmüştür. Daha önce raporlama yapmış olan hekimlerin ÇİVİ raporlama tutum düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Hekimlerin ÇİVİ bildirim sürecini yaşayarak öğrenmelerinden bu konudaki tecrübelerinin artmış olduğu ve raporlama hassasiyetlerinin artmış olduğu düşünüldü.

Yapmış olduğumuz çalışmada hekimlerin %94,5'i ÇİVİ şüphesinde bildirim yapacağını belirtmiştir. Bildirim yapacağını söyleyen hekimlerin çoğunlukta olması literatür ile uyumlu bulunmuş ve sevindirici bir durum olarak yorumlanmıştır. Katılımcı hekimlerimizin %64,7'si delil toplamanın zor olmasından ÇİVİ bildiriminin de zorlaştığı görüşüne katılmaktadır. %21,9'u ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir. Bu bilgiler ışığında hekimlerin bildirimi zorunlu olan ÇİVİ raporlaması yaparak mesleki sorumluluklarını yerine getirme isteği ile önce zarar verme ilkesi arasında kaldığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin %42,3'ünün ispatlanmamış bir ÇİVİ raporunda bulunmak sağlık uzmanının başını derde sokabilir görüşüne katıldıkları görülmüştür. %28,9'u bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir.

Hekimlerin; ÇİVİ raporlama sorumluluğu konusunda duyarlı olduğu fakat yasal çekincelere sahip olduğu görülmüştür. Hekimlerin sağlık hukuku bilgi düzeylerinin artırılması için tıp fakültesi eğitim sürecinde ve mesleki hayatlarında sağlık hukuku konulu eğitimlerin artırılması gerekmektedir. Hekimlerin ÇİVİ raporlama tutum düzeylerini artırmak için ÇİVİ konulu hizmet içi eğitimler ve tıp fakültelerinde bu konuda dersler planlanması gerekmektedir. Son yıllarda ülkemizde artan malpraktis davaları ve sağlık çalışanlarına şiddet olaylarının katılımcı hekimlerimizin ÇİVİ raporlaması tutumuna negatif etki ettiği düşünülmüştür. Sağlık hukukunda hekimleri koruyucu yasaların çıkartılması, hekimlerin kendilerini daha güvende ve huzurlu hissettiği bir ortamda çalışmalarına yardımcı olacak uygulamaların hayata geçirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

# 7.KAYNAKÇA


1. UNICEF. Convention on the Rights of the Child- The childrens version. Comm Rights Child. 2009;12(12):1–4.
2. Çam O. Hemşire ve Ebelerin Çocuk istismarı ve İhmalini Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg. 2006;22(2):103–19.
3. WHO. Child Maltreatment. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment erişim tarihi:26072022. 2020;
4. Merey Z. Çocuk Hakları. Pegem Akad. 2018;3.
5. Acehan B. Evaluation of child abuse and neglect. Arch Med Rev J. 2013;22(4):221–42.
6. Dirican. Childhood and Child Rights Within The Historical Process. J Child Dev. 2018;2(2):51–62.
7. Kurt L. Basic International Documents on Children ' S Rights and. 2016;99–127.
8. Mian M. BOOK REVIEW: A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect. Vol. 27, Journal of Clinical Child Psychology. 1998. 229–230 p.
9. KAPTAN D, KAHRİMAN İ, KADER Ş. The Levels of Information and Awareness About Child Abuse and Neglect of Doctors and Nurses Working in Pediatric Clinics. Turkiye Klin J Med Ethics-Law Hist. 2020;28(2):227–32.
10. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Fürniss T. Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi. Who. 2006. 102 p.
11. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali psikiyatrik yönleri. Derleme. Hacettepe Tıp Derg. 2004 35:82-86. Hacettepe Tıp Derg. 2004;35:82–6.
12. Dokgöz H, Saka NE. Çocuk Istismarı Ve Ihmaline Adli Tıp Yaklaşımı. Çocuk Hakları Bülteni. 2017;
13. Deleş B. Sarsılmış Bebek Sendromu. İzmir Democr Univ Heal Sci J. 2018;1–13.
14. İNCE T, YURDAKÖK K. Munchausen Syndrome by Proxy; A Serious Child Abuse Form. Turkish J Pediatr Dis. 2014;8(3).
15. Kara, Biçer G. Çocuk Istismari. Cocuk Sagligi ve Hast Derg. 2004;47(2):140–51.
16. Daher M. World report on violence and health. J Med Liban. 2003;51(2):59–63.
17. Kütük MÖ, Bilaç Ö. Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal. Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr - Özel Konular. 2017;3(3):181–7.
18. Tıraşçı G. A 50 Year Legacy to the Field of Child Abuse and Neglect. Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi 2007;34:70-4. 2007;
19. Price J, Golding C. Child sexual abuse. Forensic Gynaecol Adv Ski Ser. 2014;364:117–35.
20. Derne S. Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye'de Ensest. Sosyol Araştırmaları Derg.

2010;13(1):37.

21. Okan İbiloğlu A, Atlı A, Oto R, Özkan M. Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2018;10(1):84–98.

22. Butchart M. Global status report on violence prevention. World Heal Organ Tech Rep. 2014;44(8).

23. Ayan K. Child abuse : Sivas ( Turkey ) sample. Uluslar Arası İnsan Bilim Dergisi, 1, 953-68. 2009;

24. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. C Ü Tıp Fakültesi Derg. 2002;24(3):128–34.

25. Deveci E, Açık Y. Çocuk Istismarı Nedenlerinin Incelenmesi. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2003;12(4):396–405.

26. Arıca Ö. Çocuğa Şiddet ve İstismar. In: Pratik Aile Hekimliği Serisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. 2022. p. 85–95.

27. Uğurlu Z, Gülsen Aksoy İ. Çocuk Hakları ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. Int J Soc Educ Sci Uluslararası Sos ve Eğitim Bilim Derg. 2014;1(1):1–24.

28. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. Child Abus Negl. 2011;35(5):343–52.

29. Civelek E. Türkiye'de Yapılmış Çocuk İhmali ve İstismarı Tezlerin Sistematik Değerlendirlmesi. 2019;

30. Bağ Ö, Alşen S. The new model in evaluating Child Sexual Abuse: Child Advocacy Centers. J Dr Behcet Uz Child s Hosp. 2016;6(1):9–14.

31. Kamu_Hastaneleri_Genel_Müdürlüğü. https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html erişim tarihi 22.06.2022.

32. Krugman SD, Lane WG, Walsh CM. Update on child abuse prevention. Curr Opin Pediatr. 2007;19(6):711–8.

33. Aktay. İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi Effects and Treatment of Abuse and Neglect on Children. Gelişim ve Psikol Derg Derleme Makal J Dev Psychol. 2020;1(2):169–84.

34. Nasiroglu S. Residential Treatment Centers for Child Abuse. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2014;6(1):67–78.

35. Singh S, Knox M, Pelletier H. Exploratory factor analysis and psychometric evaluation of the Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale. Child Heal Care. 2017;46(4):356–65.

36. Turan T, Erdoğan Ç. Validity And Reliability of the Healthcare Provider Attitudes Toward Child Maltreatment Reporting Scale on Nursing Students. J Acad Res Nurs. 2019;5(1):46–52.

37. Eskici. Aile hekimlerinin çocuk ihmali ve istismari vakalarina yaklaşimlari ve

bildirme durumlari. Uzm Tezi. 2016;

38. Solak. ADANA İL MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİNDE GÖREV YAPAN DOKTORLARIN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDA BİLGİ, FARKINDALIK VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ. 2018;

39. ÇETİN, KOÇ A. İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2021;30(1):0–3.

40. Kara. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanlari, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. 2010;67–110.

41. Yaman. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Uzm Tezi. 2017;

42. Pakiş, Demir, Bektaş, Altun Y. Investigation of the awareness and knowledge about child abuse and negligence among doctors and nurses working in the east part of turkey. Rom J Leg Med. 2015;23(2):151–6.

43. Şanyüz. Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı. 2009;

44. Sağır. OKUL ÖNCESİ ve SINIF ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ ve FARKINDALIK DÜZEYLERİ (Kayseri İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi. 2013;

45. Borres MP, Hägg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. Pediatr Int. 2007;49(2):177–82.

46. Cirit. AİLE SağliğiMerkezlerinde Çalişan SağliProfesyonellerinin ÇocuİstismariVİhmalineYönelik Farkindaliklari. Yüksek Lisans Tezi. 2015;

47. Demir. Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. 2012;60–75.

48. Çüçen. Kadın Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. 2020.

49. Erol. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanlarının Ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk Istismarı Ve Ihmali Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. 2018;

50. Uncu. Elazığ İlinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeyleri Ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. 2013;

51. Kocaer. HEKİM VHemşirelerin ÇocuİstismariVeİhmalneYönelik FarkindalikDüzeyleri. 2006;

52. Tepe. TEKİRDAĞ SÜLEYMANPAŞA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. 2021;

53. 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.

# 8.ANKET FORMU

Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:……
2. Mesleki yılınız:…….
3. Akademik Unvanınız:
   a)Pratisyen Hekim b)Asistan Doktor c)Uzman Doktor d)Öğretim Görevlisi
4. Cinsiyetiniz:
5. a) Kadın b) Erkek
6. Medeni durumunuz:
   a)Bekar b)Evli c)Boşanmış
7. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç çocuğunuz var?
   a)Evet ….. b)Hayır
8. Branşınız:
   a)Adli Tıp b)Acil Tıp c)Aile Hekimliği d)Anestezi ve Reanimasyon
   e)Beyin ve Sinir Cerrahisi f)Dermatoloji g)Çocuk Cerrahisi
   h)Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı i)Göz Hastalıkları
   j)Kadın Doğum Hastalıkları k)Kalp ve Damar Cerrahisi
   l)Kulak Burun Boğaz m)Ortopedi ve Travmatoloji n)Pediatri
   o)Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
9. Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?
   a)Evet b)Hayır
10. Yanıtınız ‘Evet’ ise sizce aldığınız eğitim yeterli miydi?
    a)Evet b)Hayır
11. Daha önce çocuk istismarı ve/veya ihmali nedenli raporlama yaptınız mı?
    a)Evet b)Hayır

**Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Raporlamaya Karşı Tutumlarını Belirleme Ölçeği**

Çocuk istismarı raporlamayla ilişki olarak, aşağıdaki ifadelere ne kadar katılıyor ya da katılmıyorsunuz? *(Lütfen her soru için tek bir kutucuğu işaretleyin)*

1) Çocuğa kötü muameleden şüphelendiğimde, bunu rapor etmeyi planlıyorum.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

2) Çocuğa kötü muamele vakasını rapor etme konusunda, ailelerin rapor edilen çocuk için neye karar vereceklerini bilmediğimden isteksiz olurum.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

3) Çocuğa kötü muameleden şüpheli vakaları rapor ederek mesleki sorumluluğumu yerine getirmek isterim.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

4) Çocuğa kötü muameleyi rapor etmek çocukların güvenliği için gerekli bir meseledir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

5) Çocuğa kötü muameleyi rapor etmenin düşüncesi beni duygusal anlamda boğuyor.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

6) Bu istismar raporunun sonunda çocuk evden kovulacaksa rapor etmemeyi tercih ederim.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

7) Çocuk istismarını raporlamak, hizmetlerin çocuklar ve aileler için kullanılır hale getirilmesini sağlayabilir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

8) Çocuk istismarını, dava açılması ihtimali sebebiyle rapor etmemeyi tercih ederim.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

9) Çocuk istismarı raporlama ile ilgili hassasiyet yüksek seviyede.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

10) Çocuk istismarı raporlama kılavuz ilkeleri, sağlık uzmanları için gereklidir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

11) Sağlık uzmanlarını, çocuk istismarının çocuklar üzerindeki uzun dönemli etkilerini önlemek adına bu konuya dahil etmek önemlidir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

12) Çocuk istismarı raporlama hakkındaki mevcut sistemin, problemi çözme adına efektif olduğunu düşünüyorum.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

13) Bir sağlık uzmanının, ispatlanmamış bir çocuk istismarı vakasını rapor etmesi halinde başı derde girebilir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

14) Çocuk istismarını raporlamak zaman kaybıdır, çünkü kimse bu raporun arkasını takip etmeyecektir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

15) Yöneticilerim benimle aynı fikirde olmasa bile ben çocuk istismarını raporlama konusunda ısrarcıyım.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

16) Çocuk istismarı raporlarına etkin şekilde yanıt verecekleri konusunda otoritelere güvenim yok.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

17) Çocuk istismarını rapor etmeden önce bir yetkiliyle görüş alışverişinde bulunacağım.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

18) Yeteri kadar delil toplamak zor olduğundan, çocuk istismarını rapor etmek de zorlaşıyor.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**

19) Bir çocuk istismarı raporu, ailenin çocuğa karşı davranışlarını daha da kötü hale getirebilir.

**Kesinlikle katılıyorum ( ) Katılıyorum ( ) Kararsızım ( ) Katılmıyorum ( ) Kesinlikle katılmıyorum ( )**