T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Tanıma ve Yönetme Konusunda Bilgi ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Müdahale Araştırması

DR. İREM GELGEÇ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Tanıma ve Yönetme Konusunda Bilgi ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Müdahale Araştırması

DR. İREM GELGEÇ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. MEMNUNE ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

İSTANBUL 2024

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden beri yanımda olan, her sorumda bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini bıkmadan yorulmadan aktaran, saatlerce masa başında çalıştığımız, bildiriler, sunumlar hazırladığımız, beni her zaman destekleyen, tezimin her aşamasında emeği geçen tez danışmanım Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya'ya, aile hekimliği sanatının tüm inceliklerini bizlere öğreten, her zaman önderlik ve rehberlik eden Marmara Üniversitesi Aile hekimliği ABD'na gönül vermiş değerli hocalarım Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan, Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Mehmet Akman, Prof. Dr. Serap Çifçili, Dr. Öğr. Üyesi Buğu Usanma Koban'a, Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal'a,

Kendi bölümlerinin uzmanlık öğrencilerinden beni ayırmadan bana her zaman destek olan, tezimin oluşturulmasında, eğitimlerin verilmesinde çok emeği olan başta Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz ve Dr. Öğr. Üyesi Fatih Hitami Usluoğulları'na,

Tezim kapsamında düzenlediğimiz eğitimimizde eğitici olarak katılan değerli Uzm. Psk. Uğur Salman, Av. Eyüp Can Esen, Satı Gümüş'e,

Eğitimimizi oluştururken lojistik desteğin sağlanmasında bize destek olan Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne, MARSEV'e (Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı), MARAHEK'e (Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi),

Beni İstanbul'da yalnız bırakmayan, aile ortamımda hissetmemi sağlayan tüm eş kıdem ve bölümdeki diğer arkadaşlarıma,

Her zaman bir telefon uzağımda olan, beni koşulsuz seven ve destekleyen çok kıymetli annem, babam ve sevgili kardeşime,

Üniversite yıllarından beri her zaman yanımda olan, beni her koşulda destekleyen ve seven, en yakın arkadaşım, eş kıdemim, sevgili eşim Halil'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

İREM GELGEÇ

ÖZET

Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Tanıma ve Yönetme Konusunda Bilgi ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Müdahale Araştırması

Giriş ve Amaç: Güncel yapılan çalışmalar doğrultusunda aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakarını tanıma yönetme konusunda eğitim ihtiyacı mevcuttur. Literatür tarandığında bu konuda Türkiye'de daha önce birinci basamağa yönelik vaka temelli eğitim müdahale araştırması yapılmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterliliğini artırmaya yönelik eğitimin etkinliğinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Araştırma eğitim müdahale araştırmasıdır. İstanbul'da çalışan gönüllü aile hekimleriyle Mayıs 2023'te yürütülmüştür. Telefon mesajlaşma ve dernek grupları üzerinden hekimlere çalışmayla ilgili bilgi verilerek hekimler araştırmaya davet edilmiştir. Olumlu yanıt veren hekimlere 2 grup halinde aile hekimliğinde çocuk ihmal ve istismar (ÇİVİ) vakalarının belirti ve risklerinin tanınması ile ilgili teorik sunumlar ve vaka tartışmalarını içeren 1 tam günlük interaktif eğitim verilmiştir. Eğitimler 2 Aile Hekimliği ve 2 Adli Tıp öğretim üyesi, 1 Aile Hekimliği asistanı, 1 Adli Tıp uzmanı, 1 psikolog, 1 avukat, 1 sosyal hizmet çalışanı tarafından yüz yüze verilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veriler ile ÇİVİ ile ilgili eğitim alma ve bildirim yapma durumlarının sorgulandığı soruları içeren anketin yanında eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 6 ay sonra tüm katılımcılara tekrar ulaşılarak Uysal ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (**ÇİVİBRTÖ**)" online ya da yüz yüze uygulanmıştır. Ayrıca eğitim öncesinde ve eğitimden 6 ay sonra ÇİVİ vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algısını değerlendiren araştırıcılar tarafından oluşturulan **"**Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu" uygulanmıştır. Eğitim sonrasında sözlü ve yazılı geri bildirim alınmıştır. Veriler SPSS 26 programında Student T Testi, Kruskal Wallis Testi, Wilcoxon Testi, Friedman Testi, Spearman Testi kullanılarak analiz edilmiştir. ÇİVİBRTÖ'nün ve ÇİVİ vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algılarının değerlendiren formun iç tutarlılığı;

Cronbach's Alpha değeri hesaplanarak değerlendirilmiştir. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortancası 30 olan (min:26, max:53) 38 hekim katıldı [29 kadın (%76), 9 erkek (%24)]. "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" ten alınan ortalama puanlar, eğitim öncesinde 4,07±0,35, eğitim sonrasında 4,5±0,36 iken eğitimden 6 ay sonra 4,4 ± 0,4 olmuştur ($p<0,001$). Puan artışıyla yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumları, mezuniyet öncesi eğitim almaları, çalışma süreleri ve unvanlarıyla arasında ilişki bulunmamıştır (her biri için $p>0,05$). Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ölçek ortalama puan artışında anlamlı bir fark yaratmıştır ($p=0,005$). Hekimlerin ÇİVİ vakası yöntemiyle ilgili yeterlik algısı toplam puanı 55 üzerinden eğitim öncesi 29,7±8 iken eğitimden 6 ay sonra 42,7±5 olmuştur ($p<0,001$). Eğitim için istenen geri bildirime hekimler 10 puan üzerinden ortalama 9,5 (±0,7) puan vermişlerdir.

Sonuç: Aile hekimlerine yönelik 1 tam günlük vaka tartışmalarını içeren, çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda verilen eğitimin etkili olduğu saptanmıştır. Eğitimin hekimlerde uzun süreli kalıcılığını sağlamak için; belirli aralıklarla eğitim tekrar edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ihmali, çocuk istismarı, eğitim, aile hekimliği, birinci basamak, sürekli tıp eğitimi

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Educational Intervention Research to Increase the Knowledge and Competence of Family Physicians in Recognizing and Managing Child Neglect and Abuse Cases

Introduction and Aim: According to current studies, family physicians need training in recognizing and managing cases of child neglect and abuse. When the literature was scanned, it was seen that there was no education intervention research for primary care in Turkey on this subject before. The aim of this study is to investigate the effectiveness of training to increase the knowledge and competence of family physicians in recognizing and managing child neglect and abuse cases.

Method: The research is educational intervention research. It was conducted in May 2023 with volunteer family physicians working in Istanbul. The announcement about the study was sent to physicians via telephone messaging and association groups, and physicians were invited to participate in the study. Physicians who responded positively were given a full-day interactive training in two groups, including theoretical presentations and case-base workshops on recognizing the symptoms and risks of child neglect and abuse cases in family medicine. The trainings conducted interactively face-to-face by 2 family medicine and 2 forensic medicine lecturers, 1 family medicine resident doctor, 1 forensic medicine specialist, 1 psychologist, 1 lawyer, 1 social worker. A survey was administered to all participants before the training, including questions about sociodemographic data and whether they received training and reported child neglect and abuse. In addition, all participants were contacted before, after and 6 months after the training, and "The Scale for Diagnosing The Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect" develope by Uysal et al. was applied online or face to face. Additively, the "Competency Perception Evaluation Form for the Management of Child Neglect and Abuse Cases", created by the researchers to evaluate the perception of competence in the management of child abuse and neglect cases, was applied before and 6 months after the training. After the traning verbal and written feedback was received. Data were analyzed using Student T Test, Kruskal Wallis Test, Wilcoxon Test, Friedman Test, Spearman Test in SPSS 26 IBM

Program. The internal consistency of the “The Scale for Diagnosing the Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect” and the form assessing competence perceptions regarding the management of child neglect and abuse cases was evaluated by calculating the Cronbach's Alpha value. $p<0,05$ considered statistically significant.

Results: 38 physicians with a median age of 30 (min: 26, max: 53) participated in the study [29 women (76%), 9 men (24%)]. The average scores obtained from the "The Scale for Diagnosing the Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect" were 4,07±0,35 before the training, 4,5±0,36 after the training, and 4,4±0,4 6 months after the training ($p<0,001$). There was no relationship between the increase in score and age, gender, marital status, having children, pre-graduation education, working hours and titles ($p>0,05$ for each). There is significant difference between having postgraduate education about child abuse and neglect and the increase in the scale average score ($p = 0,005$). The total score of physicians' perception of competence regarding the child neglect and abuse cases was 29,7±8 out of 55 before the training, it was 42,7±5 6 months after the training ($p<0,001$). Physicians gave an average of 9,5 (±0,7) points out of 10 to the feedback requested for the training.

Conclusion: It has been determined that the education given to family physicians on recognizing and managing child neglect and abuse cases, which includes case-base discussions and theoretical lessons and lasts 1 full day, is effective.To ensure long-term retention of training in physicians, training should be repeated at regular intervals.

Keywords: Child neglect, child abuse, education, family medicine, primary care, continuing medical education, child maltreatmet

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i
ÖZET ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) iv
İÇİNDEKİLER vi
KISALTMALAR viii
ŞEKİLLER LİSTESİ ix
TABLOLAR LİSTESİ ix
GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1. İhmal ve İstismar Kavramı 3
2.2. Çocuk İhmali ve İstismarı Tanımı 4
2.2.1. İstismar tanımı ve tipleri 4
2.2.2 İhmal tanımı ve tipleri 7
2.3. Çocuk İhmal ve İstismarı Risk Faktörleri 8
2.3.1. Bireysel risk faktörleri 8
2.3.2 Çevresel risk etmenleri 9
2.3.3. Toplumsal risk Etmenleri 10
2.4. Epidemiyoloji 10
2.5. Çocuk İhmal ve İstismarının Önemi 11
2.6. Dünyada Çocuk Hakları 12
2.7. Türkiye'de Çocuk Hakları 13
2.8. Çocuk İhmal ve İstismarı Alanında Verilen Hizmetler 14
2.8.1. Çocuk Koruma Merkezleri 14
2.8.2. Çocuk İzlem Merkezleri 14
2.8.3. Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi 15
2.8.4. Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi 15
2.8.5.Bakım Hizmeti Sağlayan Merkezler 15
2.9. Çivinin Hekimler Yönünden Hukuku Boyutu 16
2.10. Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetilmesi ve Önlenmesinde Aile Hekimlerin Rolü . 17
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22
3.3. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri 22
3.4. Araştırmadan Çıkartılma Kriteri 23
3.5. Araştırmanın Çıktıları 23

3.6. Araştırmanın Hipotezi ... 23
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri ... 24
3.8. Eğitimin Planlanması ve İçeriğinin Oluşturulması ... 24
3.9. Veri Toplama Araçları ve Eğitimin Değerlendirilmesi ... 31
4.BULGULAR ... 36
4.1. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri ... 36
4.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ... 38
4.3. Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarıyla Karşılaşma ve Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algılarının Değerlendirilmesi ... 44
4.4. Eğitim ile İlgili Katılımcıların Geri Bildirimleri ... 46
5. TARTIŞMA ... 49
5.1. Araştırma Bulgularının Sosyodemografik Özelliklere Göre Tartışılması ... 49
5.2. Araştırma Bulgularının Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Bilgi Düzeylerine Göre Tartışılması ... 50
5.3. Araştırma Bulgularının Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algılarına Göre Tartışılması ... 55
5.4. Araştırma Bulgularının Eğitim ile İlgili Katılımcıların Geri Bildirimlerine Göre Tartışılması 58
5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri ... 58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER ... 60
7. KAYNAKLAR ... 62
8. EKLER ... 69
EK-1: Eğitim Duyurusu ... 69
EK-2: Online Başvuru Formu ... 70
EK-3: Gönüllü Olur Formları ... 71
EK-4: Standardize Vakalar ... 73
EK-5: Veri Toplama Formu ... 79
EK-6: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek ... 80
EK-7: Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu ... 85
Ek-8: Eğitim Geri Bildirim Formu ... 86
EK-9: Etik Kurul Onay Formu ... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

KISALTMALAR

ABD : Anabilim Dalı

AHU : Aile Hekimliği Uzmanlığı

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BM : Birleşmiş Milletler

CMK : Ceza Muhakemesi Kanunu

ÇKK : Çocuk Koruma Kanunu

ÇİM : Çocuk İzlem Merkezi

ÇİVİ : Çocuk İhmal ve İstismarı

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

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

MARSEV : Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı

MARAHEK : Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi

min : Minimum Değer

max : Maksimum Değer

SAHU : Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

s: : Sayı

ss : Standart Sapma

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

TCK : Türk Ceza Kanunu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

YÖK : Yükseköğretim Kurulu

WONCA : World Organization of Family Doctors

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması 32

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Tanıma ve Yönetme Konusunda Bilgi ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Belirtke Tablosu 30

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı..... 37

Tablo 3. Eğitim Öncesi Ölçek Ortalama Puanı ile İlişkili Olabilecek Kategorik Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması..... 39

Tablo 4. Eğitim Öncesi Ölçek Ortalama Puanı ile İlişkili Olabilecek Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon İncelemesi 40

Tablo 5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Ortalama Bilgi Puanlarının Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Karşılaştırması..... 40

Tablo 6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Alt Ölçek Ortalama Bilgi Puanlarının Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Karşılaştırması..... 41

Tablo 7. Eğitim Öncesi ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Ölçek Ortalama Puan Artışı ile İlişkili Olabilecek Kategorik Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması 43

Tablo 8. Eğitim Öncesi ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Ölçek Puan Artışı ile İlişkili Olabilecek Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon İncelemesi..... 44

Tablo 9. Hekimlerin ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Puanı ve Alt Maddelerinin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 6. Ay Karşılaştırması 45

Tablo 10. Katılımcıların Eğitim Geri Bildirim Global Puanı ve Geri Bildirim Formun Alt Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı..... 48

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ihmal ve istismarı (ÇİVİ), hem dünyada hem de ülkemizde son yıllarda önem kazanmış bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya çapında 2-17 yaş arası 1 milyardan fazla çocuğun istismar veya ihmale maruz kaldığı tahmin edilmektedir.[1] TÜİK'in 2022 yılında yayınladığı "Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri" isimli rapora göre çocuk mağdur sayısı 2021 yılında 207999 iken bu sayı 2022 yılında 259106'ya ulaşmıştır.[2] Bu sayılardan da anlaşılacağı üzerine günlük pratiğimizde ilk başvuru basamağı olan aile sağlığı merkezlerinde çocuk ihmal ve istismar vakasıyla hekimlerin karşılaşma ihtimali artmıştır.

Çocuk hastayla ilgilenen her branş çocuk ihmal ve istismar vakalarının tanınması ve yönetiminde bilgi sahibi olmalıdır. Ancak birinci basamak sağlık sistemi, hastaların ilk başvurduğu basamak olması, bu basamakta görev yapan aile hekiminin çocukları periyodik olarak izlem yaparak düzenli takip etmesi, hasta ve yakınları ile uzun süreli ilişki içinde olması yönünden çocuk ihmal ve istismar vakalarını saptamada kritik öneme sahiptir.[3]

Özellikle aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan birinci basamak hekimleri bu vakaların tanınmasında ve yönetiminde kendini yalnız ve güvensiz hissetmektedir.[4] İstanbul'da 2020 yılında İnanıcı ve ark. tarafından birinci basamak hekimlerine yönelik yapılan çocuk ihmal ve istismar vakalarını değerlendirme ve yönetimi isimli çalışmaya göre hekimlerin %68'i bu konuda eğitim almak istediğini belirtmiştir.[5]

Tekin ve ark tarafından 2019 yılında sağlık çalışanlarına yönelik çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumlarını, bildirim yükümlüklerini ve eğitim gereksinimlerini saptamayı amaçlayan çalışmada, sağlık çalışanlarından 103'ünün (%68,7) çocuk ihmal ve istismarına yönelik lisans veya hizmet içi herhangi bir eğitim almadıkları saptanmıştır. Yine bu çalışmaya göre hekimlerin %82'si eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.[6]

Çocuk istismar/ihmal vakaları ile karşılaşan aile hekimlerinin yaşadıklarını kalitatif yönden ele alan Kübra Çelen'e ait teze göre 3 ana tema oluşturulmuştur. Bunlar; vaka bildirim ve yönetim süreci, yargılar ve duygular ve son olarak da öz değerlendirme, hekim üzerindeki izler ve önerilerdir. Aile hekimleri ÇİVİ vakasından şüphelendiğinde ayrıcı tanıya giderken diğer branşlardan fikir almak istemesi, nasıl ve

nereye bildirim yapacağını, aile ve mağdur çocuk ile nasıl iletişim kurmaları gerektiğini, mağdur çocuğu ve bildirim sonrasında kendilerini nasıl koruyacaklarını bilmedikleri ve bu konuda aile hekimlerinin eğitim ihtiyaçlarının olduğu araştırmada en çok vurgulanan konuları oluşturmaktadır.[7]

Bu verilerden de anlaşıldığı üzere birinci basamakta çocuk ihmal ve istismar vakalarının tanınması ve yönetimi hakkında eğitim ihtiyacı doğmuştur. Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitimi çekirdek eğitim programında hekimlerin, çocuk ihmal ve istismarının tanısı, alt tipleri ile ilgili genel tıbbı bilgiye sahip olmaları beklenmektedir. Ancak ÇİVİ vakasıyla karşılanan hekimlerin bu süreci nasıl yönetecekleri hakkında çekirdek eğitim programında bir bilgi ve öğrenim hedefi yoktur.[8]

Sağlık Bakanlığı "Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi" tarafından çocuk hasta gören tüm sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanan ÇİVİ ile ilgili video teorik eğitim bulunmaktadır. Ancak hekimlere yönelik teorik eğitimler dışında uygulamalı, vaka tartışma temelli eğitim verilmediği görülmüştür.

"Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programına" göre her aile hekimi uzmanından çocuk ihmal ve istismarını tanıması, mağdur çocuk ve ailesi ile destekleyici ilişki kurması ve adli rapor düzenlemesi beklenmektedir.[9]

Literatür tarandığında bu konuda Türkiye'de daha önce birinci basamağa yönelik vaka temelli eğitim müdahale araştırması yapılmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterliliğini artırmaya yönelik eğitimin etkinliğinin araştırılmasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İhmal ve İstismar Kavramı

Çocuk Hakları Sözleşmesine göre on sekiz yaşına kadar her insan çocuk olarak görülmektedir.[10] Bu tanım ülkemiz için de geçerlidir.

Geçmişten günümüze bakıldığında çocuk ihmal ve istismarının insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmüştür. Çin, Hindistan, Roma İmparatorluğu örnek olmak üzere birçok dönemde ihmal ve istismar vakalarına rastlanabilmektedir.[11] 1860 yılında, adli tabip olan Dr. Ambroise Tardieu yayınladığı makale ile çocuk istismarının tanımını yapan ilk hekim olmuştur. 32 vakadan oluşan bu makalede Tardieu çocuklara yönelik fiziksel ve cinsel istismar tiplerini de ayrıntılı şekilde anlatmıştır.[12]

Radyolojik tetkiklerde X-ışının tanı amaçlı kullanılması, çocuk ihmal ve istismar vakalarının tanınması ve belgelenmesinde önemli bir basamak olmuştur. 1946 yılında pediatrik radyolog olan Dr. John Caffey, altı bebekte kronik subdural hematom ve multiple kırık saptamıştır. Bu bebeklerin ailelerinin anamnezinde travma öyküsü olmaması üzerine Caffey yazdığı makalede meslektaşlarını çoklu kırıkların travmadan kaynaklandığını ve ebeveynlerin verdiği yanıltıcı öykülere karşı uyanık olunması gerektiği konusunda uyarmıştır.[13]

Colorado Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölüm Başkanı Dr. C. Henry Kempe ve ark. tarafından 1962 yılında yayınlanan "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" adlı makale hekimlere çocuk ihmal ve istismarının nasıl tanımlanacağı ve ÇİVİ vakalarının nasıl bildirileceği hakkında bilgiler vermiştir.[14] Ayrıca 1958 yılında Dr. Kempe kendi çalıştığı hastanede hastane temelli ilk çocuk koruma birimini kurmuştur.

1976'da Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm eyaletlerde, şüpheli çocuk istismar vakalarının bildirilmesini gerektiren yasalar çıkartılmıştır. [15] Çocuk koruma merkezlerinin yaygınlaşmasının ardından bu merkezlere daha çok çocuk ihmal vakalarının bildirildiği fark edilmiş ve 1990'larda yapılan araştırmalar, ihmalin çocuk gelişimini önemli ölçüde etkileyen istismar çeşidi olduğunu göstermiştir.[16]

2.2. Çocuk İhmali ve İstismarı Tanımı

Çocuk ihmal ve istismarı kavramı uzun süre uluslararası kaynaklarda "child abuse and neglect" olarak kullanılmış; günümüzde ise "child maltreatment (çocuğa kötü muamele)" kavramının kullanımı yaygınlaşmıştır. Çocuğa kötü muamele DSÖ'nün tanımına göre çocuğun sağlığına, gelişimine veya onuruna fiilen veya potansiyel olarak zarar verecek her türlü fiziksel ve duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ve sömürü olarak tanımlanmaktadır.[17]

2.2.1. İstismar tanımı ve tipleri

DSÖ'ye göre; çocuğa akrabalık, sorumluluk, güven veya güç ilişkisi kapsamında; çocuğun yaşamının, sağlığının, büyüme ve gelişmesinin olumsuz olarak etkilenmesine fiilen ya da potansiyel olarak neden olabilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamelede bulunulmasıdır.[18] Üç gruba ayrılır. Bunlar;

I. Fiziksel İstismar
II. Cinsel İstismar
III. Duygusal İstismar

I. Fiziksel istismar: Çocuğa yönelik kasıtlı olarak uygulanan fiziksel güç sonrasında, çocuğun gelişimi, sağlığı ve yaşamı açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması olarak tanımlanmıştır.[18] Fiziksel yaralanmalar çocukta sık görülmesine karşılık sağlık çalışanları bazı durumlarda fiziksel istismardan şüphelenmesi gerekmektedir. Fiziksel istismar düşülmesi gereken durumlar;

- Öykü ile uyumsuz yaralanmanın olması
- Çocuğun gelişimiyle öyküde anlatılan yaralanma mekanizmasının uyumsuz olması
- Anlatılan öykünün kendi içinde tutarsız olması (aile bireylerin farklı öykü vermesi, olay öyküsünün sürekli değişmesi, farklı sağlık çalışanlarına farklı öykü verilmesi…)
- Sağlık kuruluşuna başvuruda gecikme olması
- Aynı şikayet ile birden fazla hekime, sağlık kuruluşuna başvurma

- Yaralanmanın çocuk tarafından veya çocuğun kardeşi tarafından meydana geldiğinin iddia edilmesi
- Yaralanmanın şiddeti ve türü ile uyumlu olmayan aile tepkilerinin olması (az ya da aşırı tepki)
- Spesifik olmayan nedenler(beslenmeyi reddetme, gelişim bozukluğu…) ile sık hastane yatışının olması
- Çocuk koruma merkezlerine başvuruların bulunması

II. Cinsel İstismar: Bir çocuk ile bir yetişkin ya da yaş veya gelişim bakımından güç, güven, sorumluluk ilişkisi içinde olan başka bir çocuk arasında, bu kişinin cinsel gereksinimlerini tatmin etmeyi amaçlayan bütün eylemler olarak tanımlanmaktadır. [19] Bu eylemler çok farklı şekilde cinsel aktiviteleri içermektedir. Bunlar; Cinsel amaçlı seyretmek, cinsel içerikli konuşmak, cinsel organları göstermek veya pornografik materyalleri izlettirmek gibi fiziksel temas içermeyen eylemler olabileceği gibi oral-anal-vajinal penetrasyon da olabilir. Cinsel istismar sanıldığının aksine genelde çocuğun tanıdığı, çevresindeki bir kişi tarafından uzun süreli olarak uygulanmaktadır.

Cinsel istismar düşülmesi gereken durumlar;

- Çocuğun muayenede çekingen, korkak tutum sergilemesi, düşük benlik algısının bulunması
- Kazanılmış yetilerin kaybedilmesi (tuvalet eğitimini tamamlanmış çocukta altını ıslatma, konuşmanın duraklaması… v.b.)
- Çocuğun yaşıyla uyumsuz cinsel bilgisinin olması, cinsel davranışlar göstermesi, oyunlar oynaması
- Yeme bozuklukları
- İntihar girişimleri
- Depresyon, ankisiyete bulunması
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Madde ve ilaç kötüye kullanımın olması
- Evden kaçma
- Okul başarısının düşmesi, sosyal ortama uyum sağlamada zorlanma, kendisine ve çevresine yönelik saldırgan davranışlar

III. Duygusal İstismar: Duygusal istismar tek başına en nadir karşılan istismar türü olmasına rağmen diğer bütün istismar alt tiplerine eşlik eder. Duygusal istismar; çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişilerin çocuğa kendisini değersiz, sevilmeyen, hatalı, istenmeyen ya da sadece başka kişilerin ihtiyaçlarını karşılamada işe yarayan bir varlık hissiyatı yaratacak her türlü davranış olarak tanımlanmakatadır.[20] Bu tanımla tanı koyması zor olan duygusal istismarı tanımak için sınıflama kullanılması önerilmektedir.

- Korkutucu / Yıldırıcı tutum: Çocuğu tehdit ederek korkutmak, çocuğa zorbalık yapmak, sözel saldırıda bulunmak, onu ve sevdiklerini tehlikeye sokan davranışlar sergilemek
- Reddedici ve ihmal edici tutum: Ebeveyn ve çocuk arasında bağlanmanın sağlanamadığı durumlarda ortaya çıkar. Çocuğun ihtiyacı olan duygusal yakınlığı gösterememek ve onun ihtiyaçlarını göz ardı etmek, çocuğun iyi yaptığı şeyleri, başarılarını görmezden gelmek
- İzole edici tutum: Çocuğun yaşıtları ve veya yetişkinlerle ile aynı ortamda bulunmasını, etkinliklere katılmasını engellemek, iletişim ve etkileşim halinin engellenmesiyle birlikte izole etmek, ceza olarak odada tek başına kalmaya zorlamak
- Yozlaştırıcı tutum: Çocuğa yasal olmayan davranışlar öğretmek, çocuğu bu yönde zorlamak, cesaretlendirmek veya engel olmamak**.**
- Sözel saldırı: Çocuğu eleştrimek, aşağılamak, tehdit etmek, hor görmek ve tehdit etmek
- Yetişkinleştirici tutum: Çocuğun yaşından, gelişiminden bağımsız olarak akademik, fiziksel ve sosyal alanda bir an önce büyümesini, başarı elde etmesini beklemek. Yaşıtları ile kıyaslama yaparak eleştirmek, çocuğa beceriksiz ve yetersiz hissettirmek

2.2.2 İhmal tanımı ve tipleri

Çocukların temel fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerinin bakım veren tarafından karşılanmaması durumu ihmal olarak tanımlanmaktadır.[21] İhmalin alt tipleri;

- **Fiziksel ihmal:** Çocuğun giyim, barınma, beslenme, bakım ve/veya gözetim gereksinimlerinin zamanında ve yeterince karşılanmaması sonucu çocuğun tehlikeye maruz kalma veya zarara sokulma durumudur.
- **Duygusal ihmal:** Çocuğa yeterli duygusal destek ve yakınlık sağlanmaması, psikolojik ihtiyaçlarına yeterince cevap verilmemesi, sosyal gelişim gereksinimlerinin karşılanamaması ya da çocuğun aile içi şiddete tanık olmasının engellenmemesi durumudur.
- **Tıbbi ihmal**: Çocukların koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılması veya tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun kalması olarak tanımlanabilir. Ek olarak sağlık çalışanları ile hatsa yakınları arasında yeterli ve anlaşılır iletişim kurulamaması durumunda hasta yakınları çocuğun tedavisi için gerekli olanları yeterince anlayamayabilir. Bu durum da çocuğun tedavisinin eksik ya da yanlış yapılması ile sonuçlanabilir ve sağlık çalışanlarının neden olduğu ihmal olarak tanımlanır.
- **Eğitim ihmali:** Okul çağındaki çocukları okula göndermemek, özel eğitim gereksinimlerine kayıtsız kalmak, çocukta devamlı olan devamsızlık davranışlarına izin vermek, çocuğun okuldaki sorunlarıyla ve başarısızlıklarıyla ilgilenilmemesi olarak tanımlanır.
- **Sosyal destek ihmali:** Kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları sonucu ortaya çıkan tüm sorunlar olarak tanımlanabilir. Örneğin çocukların yaşadığı alanda ulaşılabilir sağlık kuruluşu veya sağlık kuruluşu olmaması… v.b.

İhmal düşülmesi gereken durumlar;[19]

- Nüfus cüzdanı olmaması
- Ailelerin çocuk hakkında sorulan soruları yeterli yanıtlayamaması
- Çocuğun yaşadığı ortamda sigara içilmesi, alkol ve madde bağımlısı bireylerin varlığı

- Çocuğun kişisel bakımının ve hijyeninin kötü, giysilerinin mevsim ile uyumsuz olması
- Kazaya uğrama ve/veya yaralanma, zehirlenme, yanık gibi nedenlerle tekrarlı defalar hastaneye başvuru olması
- Organik olmayan büyüme geriliği ya da obezite
- İletişim kurma güçlüğü, yineleyen hareketler, gelişim geriliği, öğrenme güçlüğü olması
- Çocuğun okul çağında olmasına karşın okula gönderilmemesi ya da özel eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması
- Sağlık kurumuna başvurmakta gecikme ya da hiç başvurmama
- Tedavi, bakım ve koruma konusundaki önerilere uyulmaması

2.3. Çocuk İhmal ve İstismarı Risk Faktörleri

Bireysel, çevresel, toplumsal alt risk faktörlerini içerir. Hiçbir risk faktörü tek başına ihmal ve istismarın nedenini açıklamaya yeterli olamaz. Aile hekimlerin bu risk faktörlerini benimsemesi ve çocuk hasta ile karşılaştıklarında şüphelenmeleri ve anamnezi ve fizik muayeneyi bu doğrultuda derinleştirmeleri gerekmektedir.[22]

2.3.1. Bireysel risk faktörleri

Bireysel risk etmenleri çocuğa ait ve anne/baba veya bakım veren kişiye ait risk etmenleri olarak 2 grupta incelenmektedir.

Çocuğa ait risk faktörleri: Bazı risk etmenlerinin çocukla ilişkili olması çocuğun bu eylemden sorumlu olduğu anlamına gelmez, sadece çocuğun bu özellikleri aile için zorlayıcı bir yük oluşturmaktadır.[23]

- Çocuğun cinsiyeti
- Çocuğun yaşı
- İstenmeyen bebek olması
- Prematüre doğması
- Çok sayıda benzer yaşta kardeşi olması

- Konjenital anomali varlığı
- Zihinsel ya da fiziksel engeli süregelen bir hastalığı bulunması nedeniyle öz bakım ihtiyacı olması
- Bebekte infantil kolik olması
- Çocukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısının olması
- Hareketli, inatçı, saldırgan, dürtüsel kişilik özellikleri
- Madde kullanımı olması

Anne, baba ya da bakım veren kişiye ait risk faktörleri:[24]

- Ailenin çocuktan beklentisinin yüksek olması
- Bakım veren kişinin çocukken kötü muameleye maruz kalmış olması
- Bakım veren kişinin yaşı
- Düşük eğitim düzeyi
- Çocuğun doğal gelişimini ve dönemin getirdiği riskleri bilmemesi
- Çocuk terbiyesinde fiziksel cezalandırmanın etkili olduğuna inanması
- Zayıf dürtü kontrolü
- Alkol veya madde bağımlılığının bulunması
- Bakım veren kişide psikiyatrik rahatsızlık veya kişilik bozukluğunun olması
- Bakım veren kişinin düşük sosyoekonomik düzeyinin olması

2.3.2 Çevresel risk etmenleri

Bakım verenlerin dışında kalan diğer aile bireyleri, arkadaşlar gibi yakın veya uzak çevrede bulunan kişilerden kaynaklanır.

- Dağılmış aile veya ebeveyn yokluğu
- Ailede cinsiyet ayrımcılığının bulunması
- Ailenin sosyal izolasyonu (ailenin yaşadığı çevreden etnik köken, din, yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, yaşam tarzı nedeniyle toplumdan uzaklaştırılması)
- Aile içi şiddet olması
- Evde biyolojik baba dışında erkeğin yaşaması
- Bir aile üyesinde fiziksel, gelişimsel ya da zihinsel sorunlarının olması

2.3.3. Toplumsal risk Etmenleri

Toplum nedenli risk etmenleri, toplumda süregelen çocuk terbiye yöntemleri, devlet politikaları, sosyal hizmet ve destek ağının yapısı, sosyoekonomik eşitsizlikler, halkın sağlık okuryazarlığı yönünden eğitilmesi gibi çok yönlü yapıya sahiptir.

- Yüksek işsizlik oranı
- Yetersiz konutlaşma
- Sağlık hizmetlerinin zayıf olması
- Toplumda alkol ve madde bağımlılığının yaygın olması
- Eğitim ve sosyal politikaların yetersiz olması
- Toplumda çocuk işçiliğinin, çocuk fuhuşu ve pornografisinin yaygın olması
- Başkalarına karşı şiddeti, fiziksel saldırıyı özendiren ya da destekleyen sosyal ve kültürel normlar olması

2.4. Epidemiyoloji

Çocuk ihmal ve istismarı hem dünyada hem de Türkiye'de sıklığının artmasıyla global bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Teşhisin kolay olmayışı, her vakanın bildirilmemesi gibi nedenlerle sıklığının hesaplanan değerlerden daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.[25] Dünya Sağlık Örgütüne göre kötü muamele nedenli her yıl 40.150 çocuğun yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir.[17]

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmaya göre istismar alt tiplerine göre fiziksel istismar sıklığı %18, cinsel istismar sıklığı %9 ve diğer kötü muamele türlerinin sıklığı %11 olarak bulunmuştur.[26] Arnavutluk, Bosna-Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Makedonya Cumhuriyeti, Yunanistan, Romanya, Sırbistan ve Türkiye'yi içeren dokuz ülkede ortak yürütülen epidemiyolojik araştırmaya göre; yaşam boyu psikolojik şiddete maruz kalma oranı %83,16, yaşam boyu fiziksel şiddete maruz kalma oranı %76,37 ile en yüksek Yunanistan saptanmıştır. [27]

Ülkemizde güncel yeterli veri bulunmamakla birlikte çocuklarda fiziksel istismar %24,7, cinsel istismar %49,4, duygusal istismar %11,2 ve ihmal %14,6 oranında saptanmıştır. TÜİK'in 2022 yılında yayınladığı "Güvenlik Birimine Gelen

veya Getirilen Çocuk İstatistikleri" isimli rapora göre çocuk mağdur sayısı 2021 yılında 207999 iken bu sayı 2022 yılında 259106'ya ulaşmıştır.[2]

2.5. Çocuk İhmal ve İstismarının Önemi

Çocukluk dönemi en önemli kişilik gelişim dönemidir. İncinebilirlik; temel fonksiyonları yürütebilmek için bir yardıma ihtiyaç duyma, diğer kişilerle iletişim kurmayı engelleyen bir durum barındırma; saldırılardan, kötü muamelelerden kendini koruyamama, kırılganlık, hasar görebilirlik, korunmasızlık, örselenebilirlik, saldırı açık olma halidir.[28] Çocukluk dönemi de incinebilir gruplar arasında yer alır. Bu dönemdeki en ufak sorun çocuğun bütün hayatını etkileyecek değişikliklere neden olabilir. Çocuğun fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan sağlıklı bir yetişkin olması çocukluk dönemini nasıl geçirdiğiyle yakından ilişkilidir. Burada ebeveynlerin istemsizse veya farkında olmadan çocuk eğitimindeki yanlış davranışları, çocuğun fiziksel ve sosyal gelişim basamaklarına hakim olmamaları da çocuğun kişilik gelişimine zarar verebilir.[29] Bu dönemde sadece aile değil çocuğun sosyal çevresi de çok önemlidir. Arkadaş çevresi, okula gitme durumu, çalışma durumu, aile dışı bakım veren diğer kişiler, ev dışında bulunduğu ortamlar çocuğun ihmal ve istismara uğraması yönünden önemli faktörlerdir.

İhmal ve istismara uğrayan çocuklar fiziksel olarak zarar görebilirler ve büyüme gelişme yavaşlayabilir hatta durabilir. Çocukluk döneminde ihmal ve istismara maruz kalmak kişilik bozukluklarına neden olabilir. Şiddet gören, fiziksel istismara uğrayan çocuklarda post-travmatik stres bozukluğu, depresyon, ankisiyete, yeme bozuklukları, idrar kaçırma, uyku problemleri, madde kullanma, şiddet gösterme görülebilir. Ayrıca fiziksel veya duygusal ihmale uğramış çocuklarda sosyal ilişki kurmada zorluklar, güven problemleri, değersiz hissetme, davranış bozuklukları, karşı olma-karşı gelme bozuklukları görülebilir.[25]

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda, kaygı bozuklukları, depresyon, cinsel davranış bozuklukları, disosiyatif belirtiler, konversiyon, fiziksel şikayetler, madde kullanımı, intihar girişimi görülebilir. Ayrıca el bileklerini kesme gibi kendine zarar verici tutumlar, aşağılık duygusu, sosyal çevreden uzaklaşma, düşük benlik algısı gibi

durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durumların şiddeti cinsel istismarın süresiyle doğru orantılı olarak artmaktadır.[30]

İstismara uğramış çocuk büyüğünde istismarcı rolüne bürünebilir ve istismarın kuşaklar boyu aktarılmasına neden olabilir. Çocukluk çağında ihmal ve istismar çok küçük fiziksel şikayetten çocuğun hayatını kaybetmesine kadar değişen durumlarla sonuçlanabilir. Bu yüzden ihmal ve istismarın risklerini fark edip, oluşmasını önlemek en önemli basamaktır. [31]

2.6. Dünyada Çocuk Hakları

Çocuk haklarına duyarlılık ilk olarak sanayi devrimiyle belirginleşmiştir. İlk yasal düzenlenmeler İngiltere'de madenlerde ucuz iş gücü olarak görülen ve ağır çalışma koşulları altında çalıştırılan çocuklar için; 1831 yılında 9-21 yaşları arasındaki çocuk ve gençlerin gece çalıştırılmasını yasaklayan yasa ile sağlanmıştır. [32]

1919 yılında Milletler Cemiyeti'nin kurulması ile çocuk haklarına verilen önem artmış ve çocuk hakları için önemli yer tutan **"Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi"** 26 Eylül 1924 yılında kabul edilmiştir. Ancak II. Dünya Savaşı'nın tüm dünyayı etkilemesi üzerine Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi uygulanamamıştır. Bunun üzerine Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu 10 Aralık 1948 tarihinde **"İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi**" kabul ederek çocukların, ırk, milliyet ve din gibi hiçbir fark ve ayrım gözetilmeden tüm insan haklarına sahip olmaları gerektiği vurgulanmıştır. İnsan Hakları Evren Bildirisi'nin çocuk haklarını yeterli ölçüde açıklamadığı için BM Genel Kurulu 20 Kasım 1959 tarihinde **"Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesini"** kabul etmiştir. Bu bildirgede ile çocukların eğitim hakkı, sağlık ve sosyal güvence hakkı, isim ve vatandaşlık hakkı, özel ihtiyacı olan çocukların korunması, istismardan korunma konularıyla ilgili maddeler bulunmaktadır. [33]

Bildirgeler kabul edildikleri ülkeler tarafında kabul görülüp uygulanmasına rağmen uluslararası alanda hukuki bağlayıcılığı bulunmuyordu. 20 Kasım 1989 tarihinde BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen **"Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Sözleşmesi"** çocuk haklarının uluslararası ve uluslar üstü düzeyde kabul

görmesi ve bağlayıcılığı bulunması açısından büyük önem taşır. Sözleşme çocukların sömürüden ve cinsel istismardan korunması yönünden en kapsamlı ve hukuki bağlayıcılığa sahip ilk uluslararası belgedir.[34]

"Avrupa Çocuk Hakları Sözleşmesi" olarak bilinen fakat asıl adı "Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi" olan sözleşme, 25 Ocak 1996 tarihinde Avrupa Konseyi tarafından kabul edilmiştir. Sözleşme Avrupa Konseyi'ne üye devletleri ve bu sözleşmeyi imzalayan fakat Avrupa Konseyi'ne üye olmayan tüm ülkeleri hukuki açıdan bağlamaktadır. Bu sözleşme çocukların adli merci önünde velayet ve şahsi ilişki kurulması gibi kendilerini etkileyen aile hukuki davalarında bulunmak, kendi tercihlerini ve fikirlerini belirtmek, bilgilendirilme imkanının bulunması, çocukların kendi istekleri ön planda tutularak, çocuğun en fazla yararına olabilecek çözümlerin bulunması amacına yönelik maddeleri içermektedir.[35]

2.7. Türkiye'de Çocuk Hakları

Mustafa Kemal Atatürk tarafından 1921 yılında eski adıyla Çocuk Esirgeme Cemiyeti kurulmuştur. [36]

Türkiye çocuk hakları açısından uluslararası alanda yapılan sözleşmelerle doğrusal bir süreç yaşanmıştır. 1928 yılında Cenevre Çocuk hakları Bildirgesi, 14 Eylül 1990 tarihinde Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalanmıştır.[37] Çocuğun ve haklarının korunmasıyla ilgili olarak ilk özel kanun 5387 no'lu Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun 23 Mayıs 1949'da çıkarılmıştır.[38]

"Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun" un 1979 yılında kabulü ile çocuk yargılamasına önemli bir adımdır. Ancak yasanın geç yürürlüğe girmesi nedeniyle yasada öngörülen çocuk mahkemeleri 1988 yılında kurulabilmiştir.[39]

1983 yılında "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ailelere, çocuklara, engellilere, yaşlılara ve diğer korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç kişilere sağlanan sosyal hizmetler ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan kuruluşun kuruluş, görev, yetki ve sorumlulukları, faaliyetleri ve gelirlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemiştir. [40]

2005 yılında "5395 no'lu Çocuk Koruma Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu kanun korunma ihtiyacı olan mağdur çocuklar hakkında alınacak tedbirler, suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usûl ve esaslarını ayrıntılı olarak anlatır. Ayrıca, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri içerir.[41]

Çocuk Hakları Sözleşmesinin üye devletlerce uygulanmasını takip eden, bağımsız uzmanlardan oluşan topluluk olan TBMM çocuk hakları izleme komisyonu 2008 yılında kurulmuştur.[42]

2.8. Çocuk İhmal ve İstismarı Alanında Verilen Hizmetler

2.8.1. Çocuk Koruma Merkezleri

Üniversitelere bağlı olarak kurulan, çocuk ihmal ve istismarına multidispiliner yaklaşım sağlayan, üniversitenin tüm olanaklarını kullanarak korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların tanı, tedavi, korunma ve izlenmelerine dair uygulama ve araştırmaların yapılacağı merkezlerdir. Gazi Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi, Osmangazi Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Ordu Üniversitesi, Mersin Üniversitesi ve Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde olmak üzere YÖK'ten onay alarak kurulmuş 11 çocuk koruma merkezi aktif olarak hizmet vermektedir.[43] Bu merkezlere ÇİVİ'den şüphelenen her hekim hasta sevk edebilir. Sahada çalışan aile hekimleri, hastane bünyesindeki tüm hekimler merkez ile iletişime geçerek çocuk hasta için randevu alarak bildirim sürecini başlatmış olurlar.

2.8.2. Çocuk İzlem Merkezleri

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane veya kurumların bünyesinde kurulan, cinsel suç mağduru çocukların muayenelerini yapmak, multidispiliner muayene ile çocuğun istismarında ikincil travmayı önlemeyi hedefleyen, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitimli kişilerden oluşan bir ekiple ve tek seferde gerçekleştirilmesini amaçlayan

merkezlerdir. Şu an Türkiye'de 70 tane Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) aktif olarak hizmet vermektedir.[44] ÇİM'e cinsel istismar mağduru çocuk; kolluk ya da başsavcılık tarafından sivil araç ve sivil ekip ile savcılık talimatı doğrultusunda getirilir. ÇİM'e başka bir yolla hasta kabul edilmemektedir.[45]

2.8.3. Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

7-18 yaş arası suça yönlenmiş çocukların davranış bozukluklarını ortadan kaldırmak amacıyla rehabilitasyon süreci bitinceye kadar geçici bir süre ile bakım ve koruma sağlayan yapılandırılmış yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Çocuğun merkezde kaldığı süreç içerisinde aile, yakın çevre ve toplum ile ilişkilerinin düzenlenmesi için çalışmalar yapılmaktadır.[38]

2.8.4. Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi

Cinsel, fiziksel, duygusal istismara uğramış çocuklara olumsuz hayat deneyimlerinin sonucu oluşan post-travmatik stres bozukluğunu gidermek amacıyla rehabilitasyon süreci tamamlanana kadar geçici süre bakım ve korunma sağlayan yatılı sosyal hizmet kurumlarıdır. Çocukların merkezde kaldığı süre içinde kız ve erkek çocuklar için ayrı ayrı yapılandırılmış; aile, yakın çevre ve toplum ile ilişkilerinin düzelmesi için çalışmalar yapılmakta ve üniversite veya devlet hastanelerinin psikiyatri servislerinden destek alınarak çocukların rehabilitasyonunu sağlanmaktadır. Bu kuruluşlarda rehabilitasyon sürecini tamamlayan çocuklar eğer aileleri tarafından istismara uğramış ise diğer sosyal hizmet kurumlarına yerleştirilir.[46]

2.8.5.Bakım Hizmeti Sağlayan Merkezler

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak 0-12 yaş arasındaki çocuklara hizmet veren kuruluşlar 'çocuk yuvası', 13- 18 yaş arasındaki çocuklara hizmet veren bakım kurumları olarak 'yetiştirme yurdu' olarak isimlendirilmektedir.[38]

Çocuk yuvaları; 0-12 yaş arasındaki korunmaya muhtaç çocukların, eğitsel, bedensel psiko-sosyal gelişimlerini, sağlıklı bir kişilik ve iyi alışkanlıklar edinebilmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü, sürekli bakım veren sosyal hizmet kurumlarıdır. Burada çocuğun kendini evinde hissetmesi için gerekli düzenlemeler yapılmış yatak odası, çalışma odası, oyun odası gibi bölümlere ayrılmıştır.

Sevgi evleri; çocuğun küçük birimler içerisinde, aile ortamına benzeyen bir yapı ve ilişki sistemi içinde 10-12 çocuğun kalabildiği, site içerisinde müstakil binalardan oluşan bir bakım evidir. Bu evde görevlendirilen az sayıda personel ile sürekli ve değişmeyen bir bakım ve hizmetin sunulması amaçlanmakta ve bunun sonucunda çocuklara temel güven duygusunun kazandırılması hedeflenmiştir.

Yetiştirme kurumları; 13-18 yaş arası korunma ihtiyacı olan çocukları koruma, çocuklara bakım hizmeti verme ve çocukların bir iş veya meslek sahibi olmaları ve topluma faydalı bireyler olarak yetiştirilmelerini amaçlayan hizmet kurumlarıdır.

2.9. Çivinin Hekimler Yönünden Hukuku Boyutu

Türk Ceza Kanunun(TCK) "Adliyeye Karşı Suçlar l" kısmındaki 280. Maddesine göre hekimler ihmal, istismara uğrayan bir çocuk ile karşılaştıkları zaman, o hastanın durumunu adli yetkililere bildirmek zorundadırlar. TCK Madde 280, sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesiyle ilgilidir. Sağlık mesleği mensubu deyiminden hekim, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer tüm kişileri kapsamaktadır. Bu yasa doğrultusunda ÇİVİ'den şüphelenen hekim en kısa zamanda ilgili kurum ve kuruluşlara adli veya sosyal bildirim yapmakla yükümlüdürler. Yasayı yerine getirmeyen sağlık çalışanları 1 yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılırlar.

TCK Madde 279 ise kamu görevlisinin suçu bildirmeme suçu olarak tanımlanmıştır. Bu maddeye göre kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçu, görevi sırasında öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. TCK Madde 280'de her suçun bildirimi zorunluyken TCK Madde 279'a göre şikayet olmaması durumunda kamu görevlisi suçu bildirmek zorunda değildir.[47]

CMK Madde 158, vatandaşın tanık olduğu suça ilişkin ihbar veya şikâyetin, Cumhuriyet Başsavcılığına veya kolluk makamlarına yapılması ile ilişkilidir.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu 3. Maddesine göre bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru olan çocuk; korunma ihtiyacı olan çocuktur. Adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) Madde 6'ya göre Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu il müdürlüklerine bildirmekle yükümlüdür. Bildirim yapılmaması durumunda TCK Madde 98 ve Madde 257'ye göre hem görevi kötüye kullanma hem de yardım ve bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi suçunu oluşturur.[48]

2.10. Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetilmesi ve Önlenmesinde Aile Hekimlerin Rolü

"Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" ne göre aile hekimleri çocukların periyodik sağlık taramalarını yapmak, koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir.[49] Bu görevleri sırasında ÇİVİ'den şüphelenme durumlarında bildirim yapmaları zorunludur.[47] Ancak aile hekimleri ÇİVİ vakalarını tanımakta, yönetmekte, bildirim aşamasında, vakaların takibinde zorlanmaktadırlar. Çocuk istismar/ihmal vakaları ile karşılaşan aile hekimlerinin yaşadıklarını kalitatif yönden ele alan Kübra Çelen'e ait teze göre 3 ana tema oluşturulmuştur. Bunlar; vaka bildirim ve yönetim süreci, yargılar ve duygular ve son olarak da öz değerlendirme, hekim üzerindeki izler ve önerilerdir. Aile hekimleri ÇİVİ vakasından şüphelendiğinde ayrıcı tanıya giderken diğer branşlardan fikir almak istemesi, nasıl ve nereye bildirim yapacağını, aile ve mağdur çocuk ile nasıl iletişim kurmaları gerektiğini, mağdur çocuğu ve bildirim sonrasında kendilerini nasıl koruyacaklarını bilmedikleri ve bu konuda aile hekimlerinin eğitim ihtiyaçlarının olduğu araştırmada en çok vurgulanan konuları oluşturmaktadır.[7] Ayrıca mağdur çocuğun psikolojisinin korunmasına amacıyla ASM'lere entegre psikolog/pedagogun bulunması, ÇİVİ vakalarının danışılabileceği çağrı dayanışma hattının olması ve gerekli uzman desteğinin alınması gibi önerilerde bulunulmuştur.

Ülkemizde yapılan aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmalini değerlendirmesi ve yönetmesiyle ilişkili faktörleri inceleyen araştırmaya göre; aile hekimlerinin yarısından fazlası (%71) karşılaştıkları ÇİVİ vakalarını bildirim zorunluluğu olmasına rağmen bildirimde bulunmayacaklarını sadece medikal veya psikolojik destek sağlayacaklarını bildirmişlerdir.[5] Ayrıca hekimlerin yarısının da hukuki sorumlulukların bilincinde olmadığı saptanmıştır. Bildirim sürecinde yaşadıkları zorluklar sorgulandığında diğer araştırmalarla benzer şekilde sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bunlar; yanlış tanı koyma kaygısı, bildirim sürecini nasıl yöneteceklerini bilmemeleri, mağdur çocuk ile iletişim kurmada zorlanma, çalıştığı yerde kendini yalnız hissetme ve güvenlik kaygısı olmuştur.[5]

Aile hekimlerinin ÇİVİ vakalarını yönetirken yaşadığı zorluklar ve kaygılar sadece ülkemizde sorun olmakla kaymayıp uluslararası alanda da tartışılan bir sorundur. ABD'de sağlık çalışanlarının bildirimi zorunlu olan ÇİVİ vakalarının neden bildirilmediği üzerine yapılan çalışmada hekimlerin hangi durumlarda ÇİVİ'den şüphe edeceklerini tam olarak bilmedikleri saptanmıştır. Hekimlerin ÇİVİ vakaların bildirim sürecini yönetmesinde, mağdur çocuk ve hekim arasındaki ilişkinin bozulmasına yönelik kaygılarının da olması başka bir etken olarak vurgulanmıştır. Bu sorunları çözmek amacıyla ulusal ÇİVİ hakkında eğitim programlarının oluşturulması önerilmiştir.[50] Fiziksel yaralanma ile gelen şüpheli istismar vakalarının birinci basamakta bildirim durumlarını inceleyen başka bir çalışmaya göre belirgin istismar bulgusu olan vakaların bile hekimler tarafından bildirim yapılmadığı saptanmıştır. Diğer taraftan şüpheli vakaların da bildirim yapılması zorunlu olmasına rağmen hekimlerin şüpheli vakaları saptamada zorlandığı vurgulanmıştır.[51]

Hong Kong'da aile hekimlerinin aile içi şiddetin tanınmasını ve yönetilmesini kolaylaştıran faktörleri karma yöntem ile inceleyen çalışmaya göre aile içi şiddet sorunlarının ortaya çıkarılması için hekimlerin iletişim becerileri ve bakımın sürekliliği önemine, aile danışmanlığı veya psikiyatrik görüşme becerilerinin artmasına yönelik eğitim programlarının oluşturulması vurgulanmıştır. Ayrıca tıbbi-sosyal işbirliğini vurgulayan kapsamlı bir altyapı kurulması halinde aile hekimlerinin multidisipliner ekiplerle taramadan aile içi şiddeti yönetmeye kadar daha proaktif ve etkili bir duruş sergilemelerini sağlamak mümkündür.[52]

Fransa'da aile hekimlerinin çocuk istismarı risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeylerini ve yaşadıkları zorlukları karma yöntemle anlatan çalışma göre diğer uluslararası çalışmalara benzer şekilde sonuçlar saptanmıştır. Buna göre vakaların bildirilmemesindeki en önemli neden hekimlerin yanlış tanı koyma korkusu olmuş ve aile hekimleri vakaları yönetirken kendilerini yalnız hissetmişlerdir. Ayrıca yargı sistemi ve sosyal hizmetler yeterince aktif olmadığını vurgulamışlardır.[4]

Uluslararası yayınlardan da anlaşabileceği gibi ülkemizde de aile hekimlerinin ÇİVİ hakkında yaşadıkları sorunlar ortaktır. Bunlar, hangi hastada ÇİVİ'den şüphe edilmeli, mağdur çocuk ve ailesi ile nasıl iletişim kurulmalı, doğru tanı nasıl konmalı, hangi durumda bildirim yapılmalı, bildirim nasıl ve nereye yapılmalı, bildirim süreci sonrasındaki sürecin nasıl devam edeceği hakkında bilgi yetersizlikleri, sosyal hizmetlere güvensizlik olarak özetlenebilir. Sorunların giderilmesinde ulaşılan ortak çözüm önerisi hekimlere yönelik planlanmış, ulusal, tekrarlı eğitim planlanması olmuştur.[50]

Çocuk ihmal ve istismarının birinci basamakta yönetim ve takibinde görev alan birçok merkez ve kurum vardır. Bu merkezlerin başında ASM'ler gelir. ASM'ler sağlık sisteminin ilk başvuru noktası olması, koruyucu sağlık hizmetleri vermesi, periyodik izlem yapması, kolay ulaşılabilirliği ile ÇİVİ'nin genelde ilk şüpheleneceği ve tanı koyulacağı basamağı oluşturur. ÇİVİ'den şüphelenme durumunda Çocuk Koruma Merkezlerine, kolluk kuvvetlerine ya da sosyal hizmet kurumlarına adli veya sosyal bildirimin hekimler tarafından bildirimin yapılması beklenmektedir.[47] Bir diğer yandan mağdur çocuğun sevki gerekiyorsa ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşunda ilgili branşa aile hekimi, çocuğun sevkini gerçekleştirir. Tüm bu süreçler sonrasında aile hekimine geri bildirim verilmeli ve aile hekimi süreci takip etmelidir. Ancak bu kadar çok farklı kurumun ülkemizde entegrasyonu mevcut değildir ve sisteme bildirimi yapılan çocuk hakkında aile hekimi geri bildirim alamamaktadır. Bu da bildirimi yapılan mağdur çocuğun yeterli oranda takip edilememesine, ihmal ve istismarın devam etmesine neden olabilir. ÇİVİ vakalarının tanınmasında, yönetiminde, önlenmesinde multidisipliner yaklaşımın ve farklı uzmanlık dallarının gerekliliği inkar edilemez. Ancak ÇİVİ yönetiminde sadece multidisipliner yaklaşım yeterli olmayacak bu sistemin tam entegrasyonu ile sorun çözülecektir.[53] Entegrasyon

sağlanmasının ardından bu sistemin merkezinde süreci yöneten ve takip eden koordinatör ihtiyacı doğacaktır ve bu kişide de aile hekimi olmalıdır.

Aile hekimliği; tek sağlık, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik temel yapıtaşı alınarak oluşturulan altı çekirdek yeterliliğe, on iki ilkeye sahip kendine has özellikleri olan bir disiplindir.[54] Çekirdek yeterlilikten biri olan kapsamlı yaklaşım; hastanın akut, kronik hastalıkları, koruyucu sağlık hizmetlerini aynı anda hastaya sunmak olarak tanımlanır. Bu ilke ÇİVİ'nin önlenmesiyle çok ilişkilidir. Aile hekimi akut şikayet ile gelen çocuk hasta ile karşılaştığında bunu çocuk için fırsata çevirebilir; ihmal ve istismar risk faktörlerini saptayabilir ve ÇİVİ'nin oluşmasını en baştan önleyebilir. Aynı şekilde ihmal ve istismarın bulgularını saptayıp erken aşamada tanınmasını sağlayabilir. Bir diğer çekirdek yeterlilik bütüncül yaklaşımdır. Bütüncül yaklaşım hastanın sadece fiziksel şikayetini ele almaz, hastayı fiziksel, ruhsal, sosyal çevresiyle bir bütün olarak görüp şikâyetleri bu kapsamda değerlendirir. Çocuk hastalarda ÇİVİ'nin neden olabileceği konversif şikayetler, yapay bozukluklar, inkontinans, uyku bozuklukları gibi durumları bu yaklaşım sayesinde aile hekimi tanıyabilir ve ÇİVİ'nin devam etmesini önleyebilir. Çekirdek yeterliliklerden kişi merkezli bakım doktor hasta ilişkisinin sürekliliğine, hasta ile ortak karar vermeyi amaçlar.[55] Hekim hasta ilişkisinde sürekliliğin olması hastanın hekimine güvenmesi, hekimin hastayı tanıması ve hastanın takibini yapması yönünden çok önemlidir. Aile hekimi çoğu zaman bulunduğu ASM'de uzun yıllar çalışmakta ve hastalarıyla uzun süreli iletişim kurmaktadır. Hekim hastalarının çoğunu tanımakta, onlardaki fiziksel, ruhsal, sosyal değişimi fark edebilmektedir. Bu süreçte aile hekimi takip ettiği ailelerde ÇİVİ risk faktörlerini ve çocuktaki değişiklikleri saptayabilir; erken evrede ÇİVİ tanısı koyabilir hatta ÇİVİ'yi önleyebilir. Toplum yönelimli olma bir diğer çekirdek yeterliliktir. Toplum yönelimli olma öncelikli olarak toplumun sağlık sorunlarını hedef almayı amaçlar. Aile hekimi çalıştığı bölgede çok fazla ÇİVİ vakası ile veya o bölgede kültürel olarak kabul görmüş ancak yanlış yapılan çocuk terbiye yöntemleri ile karşılaşıyor olabilir. Bu durumda hasta merkezli düşünmenin dışında topluma yönelerek bir halk sağlığı sorunu var mı diye bakması gerekmektedir. Bu bakış açısı sayesinde aile hekimi toplum için çocuk gelişimi hakkında eğitimler düzenleyebilir ve toplumda fark edilmeden devam eden yanlış terbiye yöntemlerini önleyebilir. ÇİVİ'nin önlenmesinde en önemli çekirdek yeterlilik ise birinci basamak yönetimidir.

Birinci basamak hasta için tüm sağlık sorunlarını danışabileceği, açık erişimin bulunduğu ilk temas noktasıdır. Birinci basamak yönetiminin alt ilkesi olan koordinasyon ve savunuculuk ise sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlayarak, hastaya sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Aile hekimi ÇİVİ vakasından şüphelendiğinde ise sosyal bildirim veya adli bildirim yapabilir, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşları, Çocuk Koruma Merkezleri, kolluk kuvvetleri gibi gerekli kurumlara çocuğun sevkini sağlayabilir. Ülkemizde birinci basamakta tam entegrasyon sağlanamadığı için aile hekiminden çıktıktan sonraki süreçte mağdur çocuğun takibini aile hekimi birinci basamağı koordine ederek, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının liderliğini yapması gerekmektedir. Tüm bu faktörler aile hekimini, çocuk ihmal ve istismarının önlenmesinde çok önemli bir konuma koymaktadır.

Aile hekimi birinci basamakta sağlam çocuk izlemi, gebe takibi, kronik hastalık takibi gibi birçok takip yürütmektedir. Bu takipler sırasında aile hekimi çocuk ihmal ve istismarı yönünden risk oluşturabilecek durumları saptayabilir ve bu durumlara karşı önlem alarak ÇİVİ'nin oluşmasını en başından önleyebilir. Aile hekimi ev ziyaretleri yaparak riskli aileleri yakından takip edebilir, çocuğun fiziksel, ruhsal, sosyal gelişimi, çocuk eğitimi ve terbiyesi konularında halkın eğitiminde eğitici rolünü üstlenebilir. Ayrıca aile hekimi, ASM'deki diğer sağlık personelleri ile ekip halinde çalışarak onların da ÇİVİ vakalarını tanıması ve vakaların yönetimiyle ilgili eğitimler düzenleyebilir.[56] Aile hekiminin tüm bunları başarıyla yapması için ÇİVİ vakalarını tanıma ve yönetme konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu eğitimler de aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ayrıntılı yer bulmalı, sonrasında da tekrar eden hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma, yarı deneysel (quasi-experimental design) eğitim müdahale araştırması olup Ocak 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul ilinde çalışan aile hekimleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Eğitim sonrasında eğitim öncesine göre "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" de **(**ÇİVİBRTÖ**)** 1 puanlık fark yaratacak ve tahmini standart sapması 1 olacak şekilde %80 güç ve 0,05 hata payı ile yapılan örneklem hesabına göre araştırmaya en az 34 hekim katılması planlanmıştır. Eğitime ihtiyaç duyan gönüllü hekimlerle çalışılması planlanmış, randomizasyon yapılmamıştır. İstanbul'daki Aile Hekimliği Dernek telefon mesajlaşma uygulamaları (WhatsApp) üzerinden ve Marmara Üniversitesi ile Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi (SEAB) Protokolü yapılan ilçelerdeki aile hekimi gruplarına eğitim ile ilgili duyuru **(EK-1)** ulaştırılmıştır. Bu duyuru eğitim tarihleri ve online başvuru formu kayıt linki **(EK-2)** ile araştırma onam formunu **(EK-3)** içermektedir. Olumlu yanıt veren hekimlere telefonla ulaşılmış, hekimler bir günlük eğitime davet edilmiştir.

3.3. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya gönüllü, İstanbul'da çalışan aile hekimleri araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada dışlama kriteri yoktur.

3.4. Araştırmadan Çıkartılma Kriteri

- Tam günlük eğitim müdahalesini tamamlamayanlar,
- Kullanılan ölçek maddelerinden herhangi birini doldurmayanlar,
- Eğitim müdahalesi sonrasındaki 6 ay içinde poliklinik hizmeti vermemiş olanlar.

3.5. Araştırmanın Çıktıları

Primer Çıktılar:

- "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" **(**ÇİVİBRTÖ**)** puanında artış olması,
- Çocuk ihmal ve istismar vakalarının yönetimiyle ilgili hekimlerin yeterlik algılarının yükselmesi.

Sekonder Çıktılar:

- Birinci basamakta ÇİVİ vakalarının tanınması ve yönetilmesine yönelik vaka temelli multidispliner yaklaşımla hazırlanan etkili bir eğitim oluşturmak.

3.6. Araştırmanın Hipotezi

H_0 Hipotezi: Bir günlük yüz yüze teorik ve olgu tartışmalarını içeren çocuk istismar ve ihmali ile ilgili verilen eğitim sonrasında aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterlilik düzeylerinde fark yoktur.

H_1 Hipotezi: Bir günlük yüz yüze teorik ve olgu tartışmalarını içeren çocuk istismar ve ihmali ile ilgili verilen eğitim sonrasında aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterlilik düzeylerinde fark vardır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

- ÇİVİBRTÖ ortalama puanı
- Çocuk ihmal ve istismar vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algı düzeyi

Bağımsız Değişkenler:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk sahibi olma durumu
- Hekimlik yapma süresi
- Aile hekimliği yapma süresi
- Daha önce çivi hakkında eğitim alma durumu
- Çivi vakası ile şüphelenme durumu
- Çivi vakası bildirim durumu

3.8. Eğitimin Planlanması ve İçeriğinin Oluşturulması

Eğitime katılmak isteyen hekimlere Mayıs 2023 tarihinde hafta sonları yürütülecek, 1 tam günlük yüz yüze eğitimler ve her bir eğitim için alternatif günler belirlenerek en fazla 20 kişiden oluşacak eğitimler planlanmıştır. Eğitim ile ilgili duyurular yayınlandıktan sonra 81 aile hekimi eğitime kayıt yaptırmıştır. Kayıt yaptıran hekim sayısının fazla olması nedeniyle Mayıs ayında toplamda 4 tekrar halinde eğitimlerin verilmesi planlanmıştır. Eğitimlere katılmak isteyen 81 hekim olmasına ve farklı günlerin tercih edilmesine rağmen, kişisel mazeret bildirimleri nedeniyle eğitimler dört tekrar yerine iki tekrar olarak 6 ve 13 Mayıs 2023 tarihlerinde toplam 38 kişi ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Eğitim sabah teorik dersler öğleden sonra vaka tartışmalarını içeren grup tartışmalarıyla 2 oturum halinde verilmiştir. Eğitim programı **EK-1'**de gösterilmektedir. Derslerin yapılacağı yerin ayarlanmasında, eğitimin duyularının paylaşılmasında ve ön kayıtların alınmasında ve lojistik desteğin sağlanmasında Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin, MARSEV'in (Marmara Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı), Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin (MARAHEK) desteği alınmıştır.

Eğitim içeriğini oluşturmak için öncelikle öğrenim hedefleri üzerinde çalışılmış, Türkiye'de çalışan aile hekimlerinin konu ile ilgili ihtiyaçları gözetilmiştir. Öğrenim hedeflerini belirlemek amacıyla "çocuk ihmal ve istismarı", "eğitim", "aile hekimliği", "birinci basamak" anahtar kelimeleri (ing: "child abuse and neglect, "trainning", "education", "family physician", "primary care" anahtar kelimeleri kullanılarak Türkçe kaynaklar için Google Akademik ve Yök Tez Merkezi, güncel rehberler ve ilgili kitaplar[18,43,19,22,57,58] Uluslararası kaynaklar için de PubMed incelenmiştir. Belirlenen öğrenim hedefleri aşağıda listelenmiştir:

1. İhmalin tanımını yapabilme
2. İstismarın tanımını yapma ve türlerini açıklayabilme
3. Çocuk istismarı ve ihmalindeki risk etmenlerini sayabilme (çocuğa bağlı, aileye bağlı, çevre ve sosyokültürel özelliklere bağlı)
4. Çocuk ihmal ve istismarı riskleri saptadığında, hastadan anamnez alırken bu konuyu ayrıntılandırma
5. Sağlam çocuk izleminde çocuk ihmal ve istismarı düşündüren bulguları tanıyabilme
6. Fizik muayene bulgularından çocuk ihmal ve istismarı bulgularını tanıyabilme, ayırıcı tanı yapabilme
7. Çocuk ihmal ve istismarı vakası yönetirken sosyal bildirim yapabilme
8. ASM şartlarında çocuk ihmal ve istismarından şüphelenen hekimin vaka yönetimini planlaması
9. Fizik muayene bulgularını belgeleyebilme
10. ÇİVİ vakasının kolluk kuvvetlerine bildirimini nasıl yapacağını açıklayabilme
11. Sevk edilecek vakayı belirleme, sevk edebilme
12. Bildiriminin nasıl ve nereye yapacağını açıklayabilme
13. Türk ceza hukukunda cezai sorumluluklar ne zaman başlar nitelendirebilme, yükümlülüklerini maddeler halinde sayabilme
14. Çocuk ihmal ve istismar vakasında çocuk ve aile ile iletişim kurabilme
15. ÇİVİ vakası yönetimi sırasında kendi güvenliğini sağlayabilme
16. Sekonder, tersiyer korumanın ne demek olduğunu açıklama
17. Çocuk ihmal ve istismarının oluşmasını önlemeye çalışma

Literatür tarandığında ülkemizde **ÇİVİ** konusunda teorik eğitimlerin bulunduğu ancak pratiğe yönelik eğitimlerin olmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda eğitim yöntemine olgu tartışmalarının da eklenmesi planlanmıştır. Olgular Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan bir profesör ve bir uzman ile Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan 1 profesör ve 1 uzmanlık öğrencisi bir araya gelerek öğrenim hedefleri doğrultusunda 6 tane standardize vaka **(EK-4)** belirlemiştir. Standardize vakaların konuları belirlenirken birinci basamakta sık karşılaşılan durumlar ve hekimlerin tecrübelerinden faydalanılmıştır. Ayrıca sahada çalışan aile hekimlerine yönelik ÇİVİ hakkında hekimlerin yaşadıkları deneyimleri ve bu konu kakındaki ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla niteliksel olarak yürütülen çalışma[7], standardize vakaların belirlenmesinde önemli rol oynamıştır. Sahada çalışan uzman psikolog, sosyal hizmet çalışanı ve avukat görüşü alınarak hazırlanan vakalara son hali verilmiştir. Vakaların öğrenim hederlerine ulaşılması yönünde tartışma ortamı yaratmasına hizmet etmesi amacıyla her vakaya yönelik standardize sorular yerleştirilmiştir. Standardize vakalar **EK-4**'de yer almaktadır. Aşağıda öğrenim hedeflerine yönelik hangi vakaların yer aldığı özetlenmiştir:

- **Vaka 1:** Fiziksel istismar ile ilgili bir vakadır. Bu vakada aile hekimlerinin fiziksel şiddet tanısını koyabilme ve fizik muayene bulgularını tanıyabilme, fiziksel şiddet için risk faktörlerini saptayabilme, mağdur çocuk ve ailesi ile etkin iletişim kurabilme, bildirim sürecini yönetebilme ve fiziksel şiddeti önlemeye yönelik bilgi ve yeterlik algısını geliştirmeyi amaçlanmaktadır.
- **Vaka 2:** Fiziksel ve duygusal ihmal ile duygusal istismar ile ilgili vakadır. Bu vakada aile hekimlerinin; sağlam çocuk izlemi yaparken ihmal ve istismar belirti ve risklerini saptayabilme, fizik muayene sırasında bu bulguları tanıyabilme ve bildirim sürecini yönetmeye yönelik bilgi ve yeterlik algısını geliştirmeyi amaçlamaktadır.
- **Vaka 3:** Tıbbi ihmal ile ilgili vakadır. Bu vaka aile hekimlerinin tıbbı ihmali tanımasını, bildirim sürecini yönetmesi, Çocuk Koruma Merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü gibi kurumların tıbbı ihmal vakalarında görev ve sorumlulukları ve işbirliği konusunda farkındalık sağlanması amaçlamaktadır.

- **Vaka 4:** Gebelik şüphesi olan 18 yaş altı bir kız çocuğu ile ilgili vakadır. Bu vakada aile hekimlerinin 18 yaş altı çocukların ebeveynleri/vasisi olmadan muayene ve tetkik süreçlerinde karşılaşabilecekleri hukuki prosedür hakkında bilgi sahibi olmaları amaçlanmıştır.
- **Vaka 5:** Cinsel ve fiziksel istismar ile ilgili vakadır. Bu vakada aile hekimleri ile çocuğa kızlık zarı muayenesi yaptırmak isteyen ebeveynlere yaklaşım, cinsel istismar vakasını tanıma, aile ve mağdur çocuk ile iletişim, kolluk kuvvetlerine vakanın bildirim süreci ve bildirim sonrasındaki süreçlerin tartışılması amaçlanmıştır.
- **Vaka 6:** Çocuk ihmal ve istismarının özel bir türü olan Munchausen by Proxy Sendromu (Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk) ile ilgili vakadır. Bu vakada aile hekimlerinin tanı koyması zor olan bu sendroma karşı farkındalıklarının artması, mağdur çocuğun korunması, ailesiyle iletişim, aileye tıbbi ve psikolojik destek ve bildirim süreci ile ilgili konuların tartışılması amaçlanmıştır.

Öğrenim hedeflerinin çocuk ihmal ve istismarının farklı alt boyutlara değinmesi konu hakkında diğer branşların da desteğinin alınması gerektiğini göstermiştir. Birinci basamakta ÇİVİ vakalarının tanınması, vakaların bildirilmesi, bildirim sonrası süreçte takibinin yapılması amacıyla bu konu hakkında çalışan her kurumun tam entegrasyonunu ve multidisipliner çalışma ortamını gerektirir.[59] Bu doğrultuda ÇİVİ vakalarının tanınması ve belgeleme, bildirim süreci gibi konuları Adli tabipler; hukuku boyutu, yasal yükümlülükler, vakanın kolluk kuvvetleri ile olan ilişkisi için hukukçu; bildirim sonrasındaki süreçler için sosyal hizmet çalışanı, mağdur çocuk ve ailesi ile doğru iletişim ağını kurmak amacıyla psikolog eğitim ekibine entegre edilmiştir. Böylelikle hazırlanan eğitim, çocuk ihmal ve istismarı gibi hassas bir konuda farklı branşları bir araya getirerek multidisipliner çalışma ortamına ev sahipliği yapmıştır. Her uzman, vaka tartışmaları sırasında kendi alanıyla ilgili bilgilendirme yapmış ve vakaya özgü katılımcılara geri bildirimlerde bulunarak eğitimin öğrenim hedeflerine ulaşılması sağlanmıştır.

Eğitimde kullanılacak vakaların anlaşılırlığını, eğitim süresinin uygunluğunu test etmek, kullanılan veri toplama araçları ve genel olarak eğitim ile ilgili geri bildirim

almak ve eğitimi revize etmek üzere çalışma öncesinde pilot çalışma yürütülmüştür. Pilot çalışması Nisan 2023 tarihinde Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi alan 18 gönüllü hekime yapılmıştır. Alınan geri bildirimler doğrultusunda, eğitime son hali verilmiştir. Eğitim, programı sabah teorik dersleri öğleden sonra vaka tartışmalarını içerecek şekilde 2 oturum olarak planlanmıştır. Öğrenim hedefleri doğrultusunda hazırlanan eğitim programı aşağıda ayrıntılandırılmıştır;

1. Oturum: 08:30 ile 13:00 arasında 4 teorik ders olarak uygulanmıştır. Bu oturumda eğitim ekibini 2 Aile Hekimliği, 2 Adli Tıp Öğretim Üyesi, 1 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi ve 1 adli tıp uzmanı oluşturmaktadır.

08:30 -10.00 *(Dr. İrem Gelgeç, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya)*

- Tanışma, Beklentilerin Alınması ve Programın tanıtımı
- Eğitim öncesi doldurulması planlanan anket ve ölçekleri doldurulması
- İhmal ve istismar yönünden çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimi

10.00-10.45 *(Prof. Dr. Akif İnanıcı, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları)*

- Vaka örnekleriyle çocuk ihmal ve istismarı kavramı ve risk etmenleri-1 (Çocuğa yönelik fiziksel istismar ve muayene bulguları)

11.00-11.45 *(Prof. Dr. Akif İnanıcı, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları)*

- Vaka örnekleriyle çocuk ihmal ve istismarı kavramı ve risk etmenleri-2 (Cinsel istismar ve hukuki boyutu, duygusal istismar, ihmal tanımı ve tipleri)

11.45-13.00 *(Prof. Dr. Akif İnanıcı, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları)*

- ÇİVİ şüphesi bulunan olguların değerlendirilmesi ve yönetimi (vakanın kaydının tutulması, adli, sosyal bildirim, Çocuk İzlem Merkezleri ve işleyişi, ÇİVİ vakası ile karşılaşan aile hekimlerinin hukuki sorumlulukları)

2. Oturum:

13:45-17:15 saatleri arasında uygulanmıştır. Katılımcılar 6 küçük gruba ayrılarak 6 **standardize edilmiş vakayı (EK-4)** kendi aralarında tartışarak, standardize edilmiş soruları kendilerine verilen 45 dk içinde cevaplamışlardır. Grup tartışmaları sonlandıktan sonra küçük gruplar tekrar ana eğitim sınıfında toplanmıştır. Bu sırada sabah eğitim veren eğiticilere, multidisipliner yaklaşımı sağlamak amacıyla 1 psikolog, 1 avukat, 1 sosyal hizmet çalışanı dahil olmuştur. Gruplar tek tek vakalarını anlatarak standardize edilmiş sorulara verdikleri cevapları eğiticilere ve bütün katılımcılara sunmuştur. Böylelikle 6 vaka bütün gruplar tarafından öğrenilmiş ve alanında uzman eğiticilerimiz tarafından multidisipliner yaklaşım ile tartışılmıştır.

13.45-14.30 *(Küçük Grup Çalışması)*

- Küçük gruplarda dağıtılan olguların tartışılması

14.30-16.45 *Vaka Tartışmaları ve Sunumları (Bütün Grup ile)*

Prof. Dr. Akif İnanıcı, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya, Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan, Dr. İrem Gelgeç, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları, Uzm. Psk. Uğur Salman, Av. Eyüp Can Esen, Satı Gümüş)

16.45-17.15 *(Dr. İrem Gelgeç, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya)*

- Sözlü ve yazılı geri bildirim alınması
- Eğitim sonrası doldurulması planlanan anket ve ölçekleri doldurulması
- Kapanış

Aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterliliğini artırmaya yönelik eğitim ile ilgili belirtke tablosu (hedef-içerik tablosu) **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

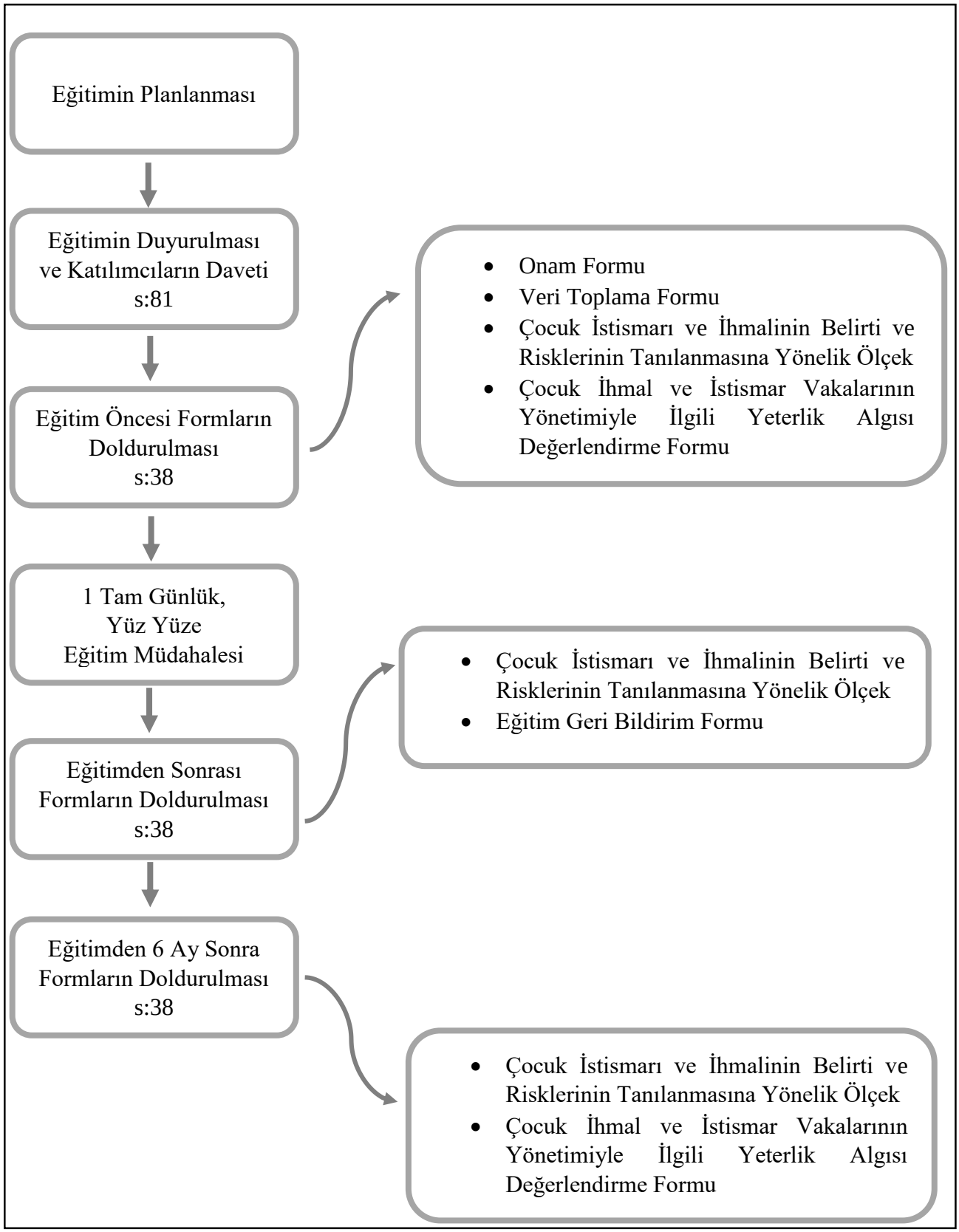
Tablo 1. Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Tanıma ve Yönetme Konusunda Bilgi ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Belirtke Tablosu

	Öğrenim Hedefleri	**Eğitim Yöntemi**	**Değerlendirme Yöntemi**
Bilgi ile İlgili Öğrenim Hedefleri	İhmalin tanımlar.	Teorik Ders	ÇİVİBRTÖ
	İstismarı tanımlar ve türlerini açıklar.	Teorik Ders	ÇİVİBRTÖ
	Çocuk istismarı ve ihmalindeki risk etmenlerini sayar.	Teorik Ders	ÇİVİBRTÖ
	Çocuk ihmal ve istismarı riskleri saptadığında, hastadan anamnez alırken bu konuyu ayrıntılandırır.	Teorik Ders	ÇİVİBRTÖ
	Sağlam çocuk izleminde çocuk ihmal ve istismarı düşündüren bulguları tanır.	Teorik Ders	ÇİVİBRTÖ
	Fizik muayene bulgularından çocuk ihmal ve istismarı bulgularını tanır, ayırıcı tanı yapar.	Teorik Ders	ÇİVİBRTÖ
	Türk ceza hukukunda cezai sorumlulukların ne zaman başladığını açıklar, yükümlülüklerini maddeler halinde sayar.	Teorik Ders	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	Sekonder, tersiyer korumanın ne demek olduğunu açıklar.	Teorik Ders	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
Yeterlik Algısı ile İlgili Öğrenim Hedefleri	Çocuk ihmal ve istismarı vakası yönetirken sosyal bildirim yapar.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	ASM şartlarında çocuk ihmal ve istismarından şüphelenen hekimin vaka yönetimini planlar.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	ÇİVİ vakası yönetimi sırasında, fizik muayene bulgularını belgeler.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	ÇİVİ vakasının kolluk kuvvetlerine bildirimini nasıl yapacağını açıklar.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	Sevk edilecek vakayı belirler ve sevk eder.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	Bildiriminin nasıl ve nereye yapacağını açıklar.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	Çocuk ihmal ve istismar vakasında çocuk ve aile ile iletişim kurar.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	ÇİVİ vakası yönetimi sırasında kendi güvenliğini sağlar.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu
	Çocuk ihmal ve istismarının oluşmasını önlemeye çalışır.	Vaka Tartışması	ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu

3.9. Veri Toplama Araçları ve Eğitimin Değerlendirilmesi

Eğitim öncesinde hekimlere yüz yüze sosyodemografik özellikleri, hekimlik yapma süreleri, ÇİVİ ile karşılaşma ve bildirim yapma ve daha önce konuyla ilgili eğitim alma durumlarını sorgulayan bir anket **(EK-5)** ile **"Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" (ÇİVİBRTÖ)** ve **"Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu" (EK-7)** uygulanmıştır. Eğitimin bitiminde tüm katılımcılara tekrar ÇİVİBRTÖ **(EK-6)** uygulanmış, eğitimle ilgili yapılandırılmış geri bildirim alınmıştır. **(EK-8)**

Eğitimden 6 ay sonra tüm hekimlere ulaşılarak **ÇİVİBRTÖ ve "Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu" (EK-6)** online ya da yüz yüze tekrar uygulanmıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması

Araştırmada çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasını değerlendirmek için kullanılan ÇİVİBRTÖ**,** Uysal ve ark. Tarafından[60] geliştirilmiştir **(EK-6)**. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alpha değeri 0,924'dır.[60] Ölçeğin 6 alt ölçeği bulunur. Bunlar;

- İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (İÇÜFB),
- İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB),
- İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (İÇÜB),
- İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (İİYEÖ),
- İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (İİYÇÖ),
- Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (ÇİVİAÖ)

Ölçek toplamda 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için "çok doğru", "oldukça doğru", "kararsızım", "pek doğru değil", "hiç doğru değil" sözcüklerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Ölçekte yer alan; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı sorulara "çok doğru" yanıtına 5 puan, "oldukça doğru" yanıtına 4 puan, "kararsızım" yanıtına 3 puan, "pek doğru değil" yanıtına 2 puan, "hiç doğru değil" yanıtına 1 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen "çok doğru" yanıtı 1 puan, "oldukça doğru yanıtı 2 puan, "kararsızım" yanıtı 3 puan, "pek doğru değil" yanıtı 4 puan, "hiç doğru değil yanıtı" 5 puan olarak değerlendirilmekte, alınan puanlar toplanarak soru sayısına (toplam 67 soru) bölünmekte ve ölçek ortalama puanlı hesaplanmaktadır.[60] Ölçekten en fazla 335 puan alınabileceğinden bunun 67'e bölünmesi sonucu alınabilecek en yüksek ortalama puan 5'tir. Alınan puan 3 ve üzerinde ise bilgi düzeyi yeterli, 3'ün altında ise yetersiz olarak yorumlanmaktadır.

Hekimlerin ÇİVİ vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algısı değerlendirilmek için literatürde mevcut bir değerlendirme formuna rastlanmadığından, eğiticiler tarafından güncel rehberler ve öğrenim hedefleri doğrultusunda "**Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu" (EK-7)** oluşturulmuş ve eğitim öncesinde ve eğitimden 6 ay sonra yüz yüze ya da online olarak tüm katılımcılara uygulanmıştır. Formun eğitimin hemen sonunda uygulanmamasının nedeni ÇİVİ vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algısı ölçmeyi

amaçlaması ve bunun için de hekimlerin 6 ay süresi içinde olası ÇİVİ vakasından şüphelenip yönetebilmesidir. Form "hiç katılmıyorum=1" ile "kesinlikle katılıyorum=5" arasında değişen 5'li likert tipi 11 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirmede alınan toplam puanlar kullanılmıştır.

Eğitimin bitiminde katılımcıların eğitim hakkında geri bildirimde bulunmasını amaçlayan form "hiç katılmıyorum=1" ile "kesinlikle katılıyorum=5" arasında değişen 5'li likert tipi 14 madde ve 1 açık uçlu sorudan oluşan "**Eğitim Geri Bildirim Formu" (EK-8)** katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Geri bildirim için ek olarak katılımcıların eğitime 10 üzerinden bir global puan vermeleri istenmiştir.

3.10. Verilerin Analizi

- Verilerin analizinde SPSS 26.0 programı kullanılmıştır.
- Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler yapılarak verilerin medyan, minimum- maksimum değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış ve yüzde ile gösterilmiştir.
- Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov Testi, Shapiro-Wilk testi, basıklık (Kurtosis), çarpıklık (Skewnes) ile karar verilmiştir.
- Sürekli değişkenlerde normal dağılıma uyan veriler Student T Testi , normal dağılıma uymayan ve çoklu grupların kıyaslanmasında Kruskal Wallis Testİ kullanılmıştır.
- Normal dağılım göstermeyen bağımlı 2 grubun kıyaslanmasında Wilcoxon Testi, normal dağılım göstermeyen bağımlı 3 grubun kıyaslanmasında Friedman Testi kullanılmıştır.
- Sürekli değişkenler arasındaki ilişki, veriler normal dağılıma uymadığı için Spearman Testi kullanılarak hesaplanmıştır.
- Çocuk ihmal ve istismar vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algılarının değerlendirilmesine yönelik form ve ÇİVİBRTÖ iç tutarlılık Cronbach's Alpha değeri hesaplanarak değerlendirilmiştir.

3.11. Etik

Katılımcılardan eğitim öncesinde gönüllü bilgilendirme ve onam formları imzalatıldıktan sonra eğitime katılmışlardır.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 09.2023.241 numaralı araştırma 03.02.2023 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır. **(Ek-9)**

4.BULGULAR

4.1. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Eğitime yaş ortalaması 33,13 ± 8 olan 38 hekim katılmıştır. **Tablo 2**'de hekimlerin sosyodemografik özellikleri, çocuk ihmal ve istismar hakkında lisans eğitimleri sırasında eğitim alma durumları, mezuniyet sonrası eğitim alma durumları, hekimlik ve aile hekimliği yapma süreleri, görevleri gösterilmiştir. Eğitime katılan hekimlerin hepsi eğitim öncesi, eğitimden hemen sonra ve eğitimden 6 ay sonraki veri toplama araçlarını eksiksiz doldurmuşlardır.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş (ort ± ss)	33,13 ± 8	
		n (%)
Cinsiyet	Kadın	29 (%76,3)
	Erkek	9 (23,7)
Medeni durum	Evli	26 (%68,4)
	Bekar	11 (%29)
	Boşanmış	1 (%2,6)
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuğu olan	11 (28,9)
	Olmayan	27 (71,1)
Görevi	Aile hekimliği uzmanı	4 (%10,5)
	Pratisyen hekim	5 (%13,2)
	SAHU* öğrencisi	7 (%18,4)
	AHU** öğrencisi	22 (57,9)
Mezuniyet öncesi eğitim alma durumu	Alan	24 (%63,2)
	Almayan	14 (%36,8)
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu	Alan	12 (%31,6)
	Almayan	26 (%68,4)
Hekimlik yapma süresi (ay) medyan (min-maks)	42,5 (9-324)	
Aile hekimliği yapma süresi (ay) medyan (min-maks)* **	24 (9-180)	

*: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
**: Aile Hekimliği Uzmanlığı
***: Aile Sağlığı Merkezinde veya Aile Hekimliği Polikliniğinde Çalışılan Süre

4.2. Eğitim Öncesi ve Sonrası Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Eğitim öncesinde "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİVİBRTÖ)" ortalama puanı ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hekimlerin görevi, mezuniyet öncesi eğitim alma durumu, mezuniyet sonrası eğitim alma durumu arasında bir fark saptanmamış *(tümü için p>0,05)* **(Tablo 3);** yaş, hekimlik yapma süresi, aile hekimliği yapma süresi ile eğitim öncesi bakılan sürekli bağımsız değişkenler ile negatif yönde düşük derecede korelasyon saptanmıştır **(Tablo 4).**

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik bilgi düzeylerinin değerlendiren ölçeğin iç tutarlılığı gösteren Cronbah Alfa katsayısı eğitim öncesi 0,943; eğitimden hemen sonra 0,957 ve eğitimden sonra 6. ayda 0,957 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Eğitim Öncesi Ölçek Ortalama Puanı ile İlişkili Olabilecek Kategorik Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bağımsız değişken	**Ölçek ortalama puanı (**ort±ss)	**p**
Cinsiyet		
Kadın (n=29)	4,07±0,34	0,498[a]
Erkek (n=9)	4,07±0,39	
Medeni durum		
Evli (n=26)	4,03±0,31	0,093[b]
Bekar (n=11)	4,24±0,35	
Boşanmış (n=1)	3,34	
Çocuk sahibi olma durumu		
Çocuğu olan (n=11)	3,88±0,3	0,608[a]
Olmayan (n=27)	4,15±0,34	
Görevi		
Aile hekimliği uzmanı (n=4)	3,85±0,11	0,088[b]
Pratisyen hekim (n=5)	4±0,55	
SAHU öğrencisi (n=7)	3,88±0,31	
AHU öğrencisi (n=22)	4,19±0,3	
Mezuniyet öncesi eğitim alma		
Alan (n=24)	4,11±0,34	0,773[a]
Almayan (n=14)	4±0,36	
Mezuniyet sonrası eğitim alma		
Alan (n=12)	3,98±0,36	0,992[a]
Almayan (n=26)	4,11±0,34	

a:Student t Test ile analiz edilmiştir.
b:Kruskal Wallis Test ile analiz edilmiştir.

Tablo 4. Eğitim Öncesi Ölçek Ortalama Puanı ile İlişkili Olabilecek Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon İncelemesi (s:38)

	Ölçek puanı ile bağımsız değişkenler arası korelasyon (r)	p [a]
Yaş	-,380	***0,018***
Hekimlik yapma süresi	-,368	***0,023***
Aile hekimliği yapma süresi[b]	-,439	***0,006***

a: Spearman Test ile analiz edilmiştir.
b: Aile sağlığı merkezinde veya aile hekimliği polikliniğinde çalışılan süre

Eğitimden hemen sonra ve eğitimden 6 ay sonra ÇİVİBRTÖ ortalama bilgi puanlarının eğitim öncesine göre karşılaştırması **Tablo 5**'de gösterilmiştir. Buna göre eğitim sonrası ve eğitimden 6 ay sonra ÇİVİBRTÖ ortalama bilgi puanları eğitim öncesine göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır *(tümü için p<0,001).*

Tablo 5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Ortalama Bilgi Puanlarının Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Karşılaştırması

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Eğitimden 6 ay sonra	p değeri
Ölçek Ortalama Puanı	4,07 ± 0,35	4,5 ± 0,36[a]	4,4 ± 0,4[b]	***<0,001[c]***

a: Eğitim öncesi ile eğitim sonrası karşılaştırma p<0,001; Wilcoxon Test
b: Eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonrası karşılaştırma, p<0,001; Wilcoxon Test
c: Her 3 grubun karşılaştırılması p<0,001; Friedman Test

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçeğin alt ölçek ortalama bilgi puanlarının eğitim öncesi, eğitimden hemen sonra ve eğitimden 6 ay sonrası karşılaştırması **Tablo 6**'de gösterilmiştir. Buna göre tüm alt ölçek ortalama puanlarında eğitim öncesine göre bir artış saptanmıştır.

Tablo 6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Alt Ölçek Ortalama Bilgi Puanlarının Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Karşılaştırması

Ölçek Ortalama Puanı	**Eğitim Öncesi**	**Eğitim Sonrası**	**Eğitimden 6 ay sonra**	**p değeri**
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	4,19 ± 0,34	4,59 ± 0,31[a]	4,54 ± 0,38[b]	***<0,001[e]***
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	4,25 ± 0,56	4,64±0,52 [a]	4,61±0,5 [b]	***<0,001[e]***
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	4,01±035	4,36±0,36 [a]	4,28±0,37 [b]	***<0,001[e]***
İstismar Ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,92± 0,39	4,48±0,45 [a]	4,3±0,47 [b]	***<0,001[e]***
İstismar Ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,77±0,56	4,32±0,63 [a]	4,07±0,65 [c]	***<0,001[e]***
Çocuk İstismarı Ve İhmalinde Ailesel Özellikler	4,2±0,47	4,61±0,49 [a]	4,51±0,56 [d]	***<0,001[e]***

a: Eğitim öncesi ile eğitim sonrası karşılaştırma p<0,001; Wilcoxon Test
b: Eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonrası karşılaştırma, p<0,001; Wilcoxon Test
c: Eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonrası karşılaştırma, p=0,005; Wilcoxon Test
d: Eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonrası karşılaştırma, p=0,001; Wilcoxon Test
e: Her 3 grubun karşılaştırılması p<0,001; Friedman Test

Eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonrası ÇİVİBRTÖ'nün alt ölçek ortalama puan artışına etki eden faktörler incelendiğinde; çocuk sahibi olan hekimlerin "İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri", "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri", "Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri" alt ölçeklerinde anlamlı puan artışı saptanmıştır (p değeri sırasıyla 0,11; 0,36; 0,31). Ayrıca mezuniyet sonrası ÇİVİ hakkında eğitim alan hekimlerin "İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri" ve "Çocuk İstismarı Ve İhmalinde Ailesel Özellikler" alt ölçeklerinde anlamlı puan artışı saptanmıştır (p değeri sırasıyla 0,001**;** 0,02). Diğer bağımsız değişkenler incelendiğinde alt ölçek ortalama puan artışına etki etmediği saptanmıştır.

Eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonrası çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek ortalama puan artışı ile ilişkili olabilecek kategorik bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması **Tablo 7**'da, sürekli bağımsız değişkenler ile korelasyonu **Tablo 8**'de gösterilmiştir. Buna göre mezuniyet sonrası eğitim alan hekimlerin ortalama puan artışları anlamlı ölçüde fazla olduğu *(p=0,05);* diğer bağımsız değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hekimlerin görevi, mezuniyet öncesi eğitim alma, hekimlik yapma süresi, aile hekimliği yapma süresinin bu puan farkına etkisinin olmadığı saptanmıştır *(tümü için p>0,05).*

Tablo 7. Eğitim Öncesi ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Ölçek Ortalama Puan Artışı ile İlişkili Olabilecek Kategorik Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bağımsız değişken	**Ölçek ortalama puan artışı (**ort±ss)	**p**
Cinsiyet		
Kadın (n=29)	0,35±0,33	0,624[a]
Erkek (n=9)	0,25±0,42	
Medeni durum		
Evli (n=26)	0,37±0,33	0,095[b]
Bekar (n=11)	0,27±0,36	
Boşanmış (n=1)	-0,27	
Çocuk sahibi olma durumu		
Çocuğu olan (n=11)	0,42±0,45	0,095[a]
Olmayan (n=27)	0,29±0,3	
Görevi		
Aile hekimliği uzmanı (n=4)	0,48±0,47	0,791[b]
Pratisyen hekim (n=5)	0,21±0,31	
SAHU öğrencisi (n=7)	0,41±0,54	
AHU öğrencisi (n=22)	0,29±0,26	
Mezuniyet öncesi eğitim alma		
Alan (n=24)	0,29±0,37	0,975[a]
Almayan (n=14)	0,39±0,37	
Mezuniyet sonrası eğitim alma		
Alan (n=12)	0,44±0,48	***0,005[a]***
Almayan (n=26)	0,27±0,26	

a:Student t Test ile analiz edilmiştir.
b:Kruskal Wallis Test ile analiz edilmiştir.

Tablo 8. Eğitim Öncesi ve Eğitimden 6 Ay Sonrası Ölçek Puan Artışı ile İlişkili Olabilecek Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon İncelemesi (s:38)

	Ölçek puanı artışı ile bağımsız değişkenler arası korelasyon (r)	p [a]
Yaş	0,122	0,466
Hekimlik yapma süresi	0,207	0,213
Aile hekimliği yapma süresi[b]	0,307	0,061

a: Spearman Test ile analiz edilmiştir.
b: Aile sağlığı merkezinde veya aile hekimliği polikliniğinde çalışılan süre

4.3. Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarıyla Karşılaşma ve Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algılarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların eğitimden önce ve eğitimden sonra 6 ay içinde çocuk ihmal ve istismar vakalarıyla karşılaşma durumları incelendiğinde; 38 hekimden **17 kişi (%44,7)** daha önce çocuk ihmal ve istismar vakasıyla karşılaşmıştır. Eğitimden sonra geçen 6 ay içinde 38 hekimden **8 kişi (%21,1)** ÇİVİ vakasıyla karşılaşmıştır. Aralarındaki ilişki incelendiğinde geçen 6 ay süresi içinde karşılaşma oranları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. *(p=0,064; McNemar Testi ile analiz yapılmıştır.)*

Eğitimden önce ÇİVİ vakasıyla karşılaşan 17 hekimden 10 hekim (%58,8) karşılaştığı vakayı bildirmemiştir. Eğitimden sonra geçen 6 ay içinde ÇİVİ vakasıyla karşılaşan 8 hekimden sadece 1 hekim bildirimde bulunmamıştır.

Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarını Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formunun her bir maddesi için alınan ortanca puanlar ile toplam yeterlik algısı puanlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası 6. ay karşılaştırması **Tablo 9**'de gösterilmiştir. Buna göre toplam yeterlik algısı ve her bir alt maddenin puanında eğitimden 6 ay sonra eğitim öncesine göre anlamlı artışı saptanmıştır *(tümü için p<0,001).*

Hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algısını değerlendiren formun iç tutarlılığı gösteren Cronbach Alfa katsayısı 0,938; eğitimden sonra 6. ayda 0,894 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 9. Hekimlerin ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Puanı ve Alt Maddelerinin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 6. Ay Karşılaştırması

	Eğitim öncesi puanlar		**Eğitim sonrası 6. ayda puanlar**		
	Medyan	Min-max	Medyan	Min-max	p değeri[a]
ASM şartlarında ÇİVİ'den şüphelendiğimde vaka yönetimini planlayabilirim.	3	1-5	4	2-5	***p<0,001***
Anamnez ve fizik muayene bulgularını nasıl belgeleyeceğimi bilirim.	3	1-4	4	3-5	***p<0,001***
Nasıl ve nereye bildirim yapacağımı bilirim.	3	1-5	4	3-5	***p<0,001***
Hangi vakayı, nasıl sevk edeceğimi bilirim.	3	1-4	4	2-5	***p<0,001***
ÇİVİ vakasında aile ve çocuk ile nasıl iletişim kuracağımı bilirim.	3	1-4	4	1-5	***p<0,001***
ÇİVİ vakasında ne zaman sosyal hizmetlerden destek alacağımı bilirim.	3	1-5	4	3-5	***p<0,001***
Kolluk kuvvetlerini ne zaman vaka yönetimine dahil edeceğimi bilirim.	3	1-5	4	3-5	***p<0,001***
Türk ceza hukukunda cezai sorumluluklarım ne zaman başladığını ve yükümlülüklerimi bilirim.	3	1-5	4	3-5	***p<0,001***
ÇİVİ vakası yönetirken kendi güvenliğimi sağlayabilirim.	3	1-4	4	1-5	***p<0,001***
ÇİVİ açısından sekonder, tersiyer koruma basamaklarını bilirim.	2	1-5	4	2-5	***p<0,001***
ÇİVİ'nin oluşmasını önlemeye çalışabilirim.	2	1-5	4	2-5	***p<0,001***
ÇİVİ yönetme yeterlik algısı puanı (ort ± ss), mininum-maximum değer	29,7 ± 8 11-50		42,7 ± 5 30-55		***p<0,001***

a: Wilcoxon Test ile analiz edilmiştir.

4.4. Eğitim ile İlgili Katılımcıların Geri Bildirimleri

Katılımcılardan yazılı olarak alınan eğitim geri bildirim global puanı ve geri bildirim formun alt maddelerine hekimlerin verdikleri yanıtların dağılımı **Tablo 10**'de gösterilmiştir.

Eğitim sonrasında alınan açık uçlu geri bildirimlere 9 kişi sadece teşekkür ederken başka görüş belirten hekimlerin düşünceleri aşağıda belirtilmiştir;

- Elinize, emeğinize sağlık. Çok faydalı oldu. Tekrarı, daha geniş programlar şeklinde olmasını talep ederiz.
- Temel yeterliliklerimiz arasında mutlaka yer alması gereken bu konuda bilgi sahibi olma şansı verdiğiniz için teşekkürler.
- Çocuk ihmal ve istismarı gibi hassas bir konuda birçok profesyonelin yer aldığı bir ekipten eğitim almak büyük bir şans. Vaka kısmı hem eğlenceli hem düşündürücü ve öğreticiydi. Her şey için teşekkürler.
- Eğitim ve sunumlar gayet iyi ve yeterliydi. Teşekkürler.
- Hastayla görüşme konusunda psikolojik açıdan yaklaşım konusu da eklenebilirse kendimi daha etkin hissedebilirim diye düşünüyorum, çok teşekkür ediyorum. Bilmediğim çok şey öğrendim. Vaka tartışmaları çok faydalı oldu.
- İstismar diğer alt tiplerine değinilmedi. Özellikle benim vakamda Munchausen by Proxy ile ilgili yeterli düzeyde bilgi olmadığı için vakalarda çok yanlış yönlendim. Teşekkür ederim emeklerinize sağlık, bunun dışında oldukça memnunum.
- Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri adı altında bir kitapçık hazırlanabilir.
- Yasal sınırların net bir şekilde ortaya konulması, bildirim yapılacak kurumlar hakkında fikir birliğine varılması eğitim süresinin uzatılarak vaklar hakkında daha uzun tartışılmasının sağlanmasını gerekli görüyorum.
- Bildirimler konusunda ve yasalar konusunda bilgi eksikliğim olduğunu fark ettim. Kesinlikle çok güzel bir eğitimdi. Kurumların da kendi sorumluluklarını bilerek doktorların hedef olarak gösterilmeden gerekli bildirimlerin yapılması için desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum. (il-ilçe sağlık müdürlüğü) herkese teşekkür ederim.

- Aile hekimlerinin en fazla çekindiği konu hukuki konulardaki bilgi eksiliği olmasına rağmen avukat beyin efektif bilgi verdiğini düşünmüyorum. Bu konudaki bu açığı adli tıp hekimlerimiz karşıladı. Teşekkür ediyorum. Hasta ve aile ile iletişimdeki aile hekiminin rolü bu konunun dışında değil bu nedenle bu konuda eğitime ihtiyacımız var.
- Verdiğiniz emekler için çok teşekkürler. Alanında uzman kişileri bir araya getirip sorularımıza cevap bulmamızı sağladınız. Meslek hayatımız için oldukça faydalı oldu.
- Alanında yetkin uzmanlarla hazırlanmış oldukça doyurucu bir eğitimdi.
- Eğitim oldukça eğitici ve verimliydi. Kısa ve eğitici slaytların içeriğin çok iyi aktarıldığını düşünüyorum. Böyle bir eğitime katılma fırsatı verdiğiniz için de teşekkürler.
- Tartışmalar gereksiz uzatılmasa daha iyi olurdu. Teşekkür ederim.
- Harika çalışma.
- Eğitici, bilgilendirici bir eğitim kursu oldu, teşekkür ederim.
- Her şey çok güzeldi. Emeklerinize sağlık.
- Bilgimizi artırdı. Teşekkür ederim.
- Harika eğitim için çok teşekkürler. Emeğinize sağlık. İyi ki varsınız.
- Güzel bir eğitimdi, teşekkürler

Tablo 10. Katılımcıların Eğitim Geri Bildirim Global Puanı ve Geri Bildirim Formun Alt Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

s:38	Medyan	Minimum Değer	Maksimum Değer
Eğitimin amacı yeterli şekilde açıklandı.	5	4	5
Eğitimin içeriği amacını karşıladı.	5	4	5
Teorik dersler yararlıydı, öğrenmeme yardımcı oldu.	5	4	5
Grup çalışması yapılması yararlıydı, öğrenmeme yardımcı oldu.	5	3	5
Uzmanla vaka tartışmaları yararlıydı, öğrenmeme yardımcı oldu.	5	4	5
Konu başlıkları iyi seçilmişti.	5	4	5
Ders süreleri anlatılan konular için yeterliydi.	5	3	5
Eğitimin 1 gün sürmesi yeterliydi.	5	2	5
Eğitim benim ihtiyaçlarımı karşıladı.	5	3	5
Eğitimi diğer meslektaşlarıma öneririm.	5	4	5
Eğitmenlerin konu hakkındaki bilgileri güven vericiydi.	5	4	5
Eğitmenler rahat bir eğitim ortamı yarattı.	5	4	5
Eğitim global puanı (ort ± ss)	10 9,5 ± 0,72	8	10

5. TARTIŞMA

Çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda aile hekimlerinin bilgi ve yeterlilik algısını artırmaya yönelik eğitim müdahalesinin etkinliğinin araştırıldığı bu çalışmada; multidisipliner yaklaşımla hazırlanan bir günlük teorik ve vaka tartışmalarını içeren eğitimin etkili olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasındaki 6 aylık dönemde aile hekimlerinin bilgi ve yeterlik algılarının ve ÇİVİ vakaları ile karşılaşma durumunda bildirim yapma sıklığının artması araştırmanın en çarpıcı bulgularıdır.

5.1. Araştırma Bulgularının Sosyodemografik Özelliklere Göre Tartışılması

Araştırma eğitim müdahale araştırması olarak planlandığı için en az 34 hekimin katılması planlanmıştı. Eğitime 81 hekim kayıt yaptırmasına rağmen 38 hekim eğitimleri tamamlamıştır. Literatür tarandığında eğitim müdahale çalışmaları için gerekli minimum örneklem sayısı belirtilmemiş olup 16 ile 34 kişiyle yürütülmüş eğitim müdahale çalışmaları da mevcuttur.[61,,62,63] Bu araştırmanın örneklemi diğer eğitim müdahale araştırmalarına kıyaslandığında yeterli olsa da sayının artırılması araştırmayı güçlendirecektir.

Eğitim duyurusu farklı mecralarda sahada çalışan ve çalışmayan tüm aile hekimlerine defalarca duyurulduğu halde katılımcıların çoğunu aile hekimliği uzmanlık öğrencisi ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencileri oluşturmaktadır (%76,3). Kayıt yaptıran ancak özel sebep bildirilerek eğitime katılmayan hekimlerin (s:43) çoğunun ASM'de çalışan hekimler (s:29) olduğu saptanmıştır. Eğitimin hafta sonu 1 tam gün sürmesi, hekimlerin tatil günlerinde eğitime katılmak istememesiyle açıklanabilir. Ayrıca eğitime katılan SAHU öğrencileri (s:7) hem ASM'de aktif olarak çalışmakta hem de uzmanlık eğitimi almaktadırlar ve eğitime katılan hekimler arasında AHU öğrencilerinden sonra en fazla katılım gösteren grubu oluşturmuştur. Bu da aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin (AHU ve SAHU öğrencileri) eğitim alma ihtiyaçlarının farkındalığı ile ilgili olabilir.

Bu araştırmada aile hekimlerinin %36,8'sinin mezuniyet öncesi, %68,4'sinin de mezuniyet sonrası eğitim almadığı saptanmıştır. Ankarada Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerde yapılan kesitsel bir araştırmada da benzer şekilde hekimlerin %32'sinin mezuniyet öncesi, %74'ü de mezuniyet sonrasında ÇİVİ hakkında eğitim almadığı bildirilmiştir.[64] Edirne'de ASM'lerde görevli aile hekimlerine yönelik yapılan başka bir çalışmada mezuniyet öncesi eğitim almama yüzdesinin daha fazla; mezuniyet sonrası ise daha az olduğu bildirilmiştir (%43,2 ve %58,9).[65] İzmir'deki Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ÇİVİ konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlayan yayına göre mezuniyet öncesi diğer çalışmalara göre fazla olarak %54,6'ü; mezuniyet sonrası ise çalışmalara benzer olarak %70,8'i ÇİVİ hakkında eğitim almamışdır.[66] Bu farklılıklar farklı üniversitelerde farklı uygulamaların olduğunu, mezuniyet sonrası eğitimlerin ilden ile farklılıklar gösterdiğini düşündürmektedir. Ancak bu araştırma bir eğitim müdahale araştırması olduğu için az kişiyle yürütülmüştür, bu nedenle veriler sıklık karşılaştırması ve yorum yapmak için uygun değildir. Yine de ülkemizde konuyla ilgili yürütülen fazla araştırma olmaması nedeniyle sıklık verileri de paylaşılmıştır. Ulusal çekirdek eğitim programlarına, uzmanlık eğitim programlarına ve mezuniyet sonrası eğitimlerde ÇİVİ tanıma ve yönetimi konularının yerleştirilmesi ve standardize edilmesi önemli olabilir.

Farklı ülkelerde aile hekimlerinin de ÇİVİ konusunda mezuniyet öncesi veya sonrasında eğitim alma durumlarını araştıran çalışmalarda da bu çalışmadakine benzer şekilde eğitim alma sıklığının %15-%57 arasında olduğu bildirilmektedir.[4,67,68,69,70,71] Sonuçların benzer olması farklı ülkelerde de lisans ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz olduğunu ve hekimlerin ÇİVİ hakkında eğitim ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

5.2. Araştırma Bulgularının Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Bilgi Düzeylerine Göre Tartışılması

Çalışmada kullanılan "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek **(**ÇİVİBRTÖ**)**" ortalama puanının; 3 ve üzerinde olması bilgi düzeyinin yeterli, 3'ün altında olması ise yetersiz olduğunu göstermektedir.[60] Bu araştırmada eğitimden önce aile hekimlerinin bilgi düzeylerinin "yeterli" olduğu kabul edilebilir (eğitim öncesi ÇİVİBRTÖ ortalama puanı 4,07 ± 0,35; eğitimden 6 ay sonra

4,4 ± 0,4). Hekimlerinin yaşı, hekimlikte ve aile hekimliğinde geçirilen süre ile bilgi puanı arasında negatif bir korelasyon olması hekimlerin hizmet içi eğitim alma oranlarının düşük olması (%31,6) ve bilgilerin unutulmuş olması ile ilişkili olabilir. Ancak konuyla ilgili yorum yapmak için daha çok sayıda aile hekimi ile araştırma yapmak gerekmektedir. Şanlıurfa ilinde üniversite, eğitim-araştırma ve özel hastanelerde görev yapan pediatri uzmanı ve çocuk cerrahi uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesini amaçlayan çalışmada pediatri uzmanlarının ortalama ölçek puanı 3,87 iken çocuk cerrahi uzmanlarının puanı 3,74 olarak saptanmıştır.[72] Bu puanlar, bu çalışmada eğitim öncesi ölçek ortalama puanına (4,07±0,35) göre daha düşük bulunmuş olup aile hekimlerinin ÇİVİ hakkında pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarına göre ölçek bilgi düzeyleri daha yüksektir. Ancak örneklem sayısının küçük olması ve evreni temsil etmeyeceğinden bu bilgi genellenemez. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerin de dahil olduğu tüm çalışanlara yönelik yapılan başka bir çalışmada ölçek ortalama puanı, bu çalışamaya kıyasla daha düşük (3,86±0,3) saptanmıştır.[73] Bu farklılığın nedeni bu araştırmanın sadece ASM'de çalışan aile hekimleri ile yürütülmüş olmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada eğitim öncesi, ÇİVİBRTÖ puanları en yüksek AHU öğrencilerinde (4,19±0,3) saptanmıştır. Sırasıyla yüksek puan alandan düşüğe şu şekilde sıralanır; pratisyen hekimler (4±0,55), SAHU öğrencileri (3,88±0,31), aile hekimliği uzmanları (3,85±0,11). Ancak bu sıralamanın genellenebilmesi için her bir grubu temsil edecek örneklem alınarak çalışılması gerekmektedir. ASM'de çalışan hekimlere yönelik yapılan başka bir çalışmada pratisyen aile hekimlerin ÇİVİBRTÖ ortalama puanı bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuş (3,86±0,34); aile hekimliği uzmanlarının ölçek ortalama puanı bu çalışmaya benzer şekilde 3,86±0,28 olarak hesaplanmıştır.[65] Bunun nedeni uzmanların benzeri eğitimlerden geçmiş olması, pratisyen hekimlerin meslekte geçirilen süre ve farklı deneyimleri olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Eğitim hemen sonrasında ölçek ortalama puanında öncesine göre yaklaşık 0,5 puan (0,43 puan) kadar artış olmuştur. Bağımsız değişkenler ile karşılaştırıldığında ortalama puan artışı ile ilişkili bir değişken saptanmamıştır. Ölçek ortalama puan artışı,

eğitimin etkili olmasına bağlanabilir. Ancak örneklemin az olması nedeniyle puan artışı ile ilişkili faktörleri tartışmak uygun olmayacaktır.

Eğitimden 6 ay sonraki ölçek ortalama puanı eğitim öncesine göre yüksek olmasına rağmen eğitimden hemen sonraki puana göre da düşük saptanmıştır. Sürekli tıp eğitim müdahalelerinin mesleki uygulamalar ve sağlık hizmetleri sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendiren sistematik analize[74] göre eğitimin etkisi 12 aylık süre içinde giderek azalmaktadır ve bu çalışmada da ölçek ortalama puanının eğitimden 6 ay sonra düşmesini açıklamaktadır. Bu durum eğitimin etkinliğinin uzun vadede artırılması için eğitimlerin tekrar edilmesi ya da bilgi hatırlatıcı materyallerle desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Eğitim öncesi ve eğitimden sonra 6. ay ortalama puan farkına etki eden değişkenler incelendiğinde sadece mezuniyet sonrası eğitim alma durumunun bu farkla ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi çalışmanın öncesinde hizmet içi eğitim alan hekimlerin, bu çalışma sayesinde bilgilerini tekrar etme fırsatı bulmuş olmalarıdır. ÇİVİ vakalarını tanımada hekimlere verilen eğitimlerin tekrarlanması önemlidir.

Türkiye'de tek eğitim müdahale çalışması[75], gönüllü üniversite öğrencilerine (tıp, sosyal hizmetler, hukuk, psikoloji, çocuk gelişimi, rehberlik ve psikolojik danışmanlık, sosyoloji, eğitim fakülteleri, ebelik, hemşirelik) ÇİVİ konusunda bilgi ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla yapılmıştır. Bilgi ve farkındalık düzeyi ölçmeyi amaçlayan kendi ölçeklerini geliştirdikten sonra 12 hafta, haftada bir gün 2 saat olacak şekilde öğrencilere teorik eğitim uygulamışlardır. Eğitim sonrasında öğrencilerin anlamlı ölçüde bilgi ve farkındalık düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Ancak eğitimin ÇİVİ vakalarını sadece tanıma üzerine olması, öğrencilerin bu vakalarla karşılaştıklarında nasıl yöneteceklerini bilmemesine neden olabilir.

ÇİVİ hakkında verilen eğitim müdahale araştırmalarını inceleyen sistematik derlemeye göre ABD, Kanada ve Hollanda'da yürütülen 11 çalışmada 30-765 katılımcıyı içeren eğitim müdahale çalışmaları mevcuttur. Katılımcıları; ilkokul ve lise öğretmenleri, çocuk bakımı profesyonelleri, pratisyen hekimler, hemşireler, ruh sağlığı profesyonelleri oluşturmaktadır. Eğitim müdahalesi olarak; iki saatlik tek bir oturumdan bir ay boyunca gerçekleştirilen 90 dakikalık altı seminere kadar değişen

yüz yüze vaka tartışmaları ve katılımcıların kendilerinin hızına karar verebileceği e-öğrenme yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim müdahalesinin etkinliği eğitimden hemen sonra ile 6 aya kadar değişen sürelerde değerlendirilmiştir.[76] Çalışmalar; profesyonellerin genel olarak ÇİVİ'yle ilgili temel kavramlara ilişkin bilgisini, çocuk cinsel istismarıyla ilgili temel kavramlara ilişkin bilgisini, raporlanması gereken ve rapor edilemeyen vakaları ayırt etme becerisini, raporlama görevine yönelik tutumlarını; gerçek ÇİVİ vakalarının profesyonellerin bildirim sayısını ölçerek ya da araştırmacılar tarafından oluşturulan ÇİVİ vakalarına verdikleri yanıtların değerlendirilmesi ile ölçmüşlerdir. Ancak eğitim müdahalesinin etkililiği incelenirken yapılan bildirim sayısı resmi kayıtlara bakılarak incelenmemiştir. Profesyonellerin eğitim müdahalesi sonucunda, eğitim almayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı ölçüde ÇİVİ hakkında bilgi düzeyinin artığı saptanmıştır. Ancak, benzer etkilerin daha geniş profesyonel gruplarında görülüp görülmeyeceği bilinmemekte ve raporlama görevi olan birçok profesyonel grup göz önüne alındığında, eğitim müdahalelerinin etkililiğini değerlendirmek için daha geniş bir çocuk hizmet profesyonellerini içeren ekiple daha fazla araştırma yapılması derlemede önerilmiştir.[76]

ABD'de çocuk doktoru, aile hekimi, acil tıp hekimine çocukta cinsel istismarı değerlendirmeyi geliştirmeyi amaçlayan eğitim müdahale araştırmasına[77] göre; her 18 dk'dan 6 video kaydı hazırlanmış ve 60 hekime ulaştırılmıştır. Her video kaydı öncesi ve sonrası o video kaydı için hazırlanmış standardize sorulardan oluşan sınav uygulanmış ve puan artışı değerlendirilmiştir. Örneklem ve kontrol grubu alınmamıştır. Araştırmanın sonunda sadece 14 hekim bütün vidoları izleyerek araştırmayı tamamlamıştır. Araştırmanın sonunda eğitim müdahalesi etkili bulunsa da katılımcıların yarısından fazlasının eğitimi tamamlaması ve örneklem boyutunun az olması nedeniyle eğitimin etkisi genellemek doğru olmayacaktır. Ayrıca bu çalışmada hekimlerin hepsinin çalışmayı tamamlaması (s:38) yöntem bakımından video tabanlı öğrenmeye kıyasla daha etkili bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

Güney Kore'de birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik 2 saatlik teorik ÇİVİ vakasını tanıma ve yönetme eğitimine göre eğitim öncesi ve sonrası kıyaslandığında bilgi düzeylerinde ve vaka bildirim durumlarında anlamlı bir artış olduğu, eğitimden 3 ay sonra ılımlı bir düşüş olduğu saptanmıştır. Ancak 3 ay sonra bakılan bilgi düzeyi bu çalışmada olduğu gibi eğitim öncesi bilgi düzeyine göre daha

yüksek saptanmıştır. Bu düşüşün hafıza faktörüyle ilişkili olduğu düşünülmüş ve eğitimlerin yıllık olarak tekrarlanmasını önermişlerdir.[68] ÇİVİ hakkında tıp öğrencileri, uzmanlık eğitimi öğrencileri, aile hekimleri, pratisyen hekimler, pediatrisiler, acil tıp hekimleri, hemşireler, ruh sağlığı profesyonelleri, diş hekimleri, öğretmenler gibi birçok profesyonele eğitimler düzenlenmiştir.[76,61] ÇİVİ vakalarının belirti risklerini tanıma ve yönetme konusunda bilgi artışı, ÇİVİ'nin alt gruplarından biri olan cinsel istismarın tanınması ve yönetimi konusunda yeterlik artışı, aile içi şiddeti önlemeye yönelik profesyonellerin güçlendirilmesi, profesyonelin mağdur çocuk ve ailesi ile iletişim kurma becerini arttırma eğitimlerin öncelikli amaçları olmuştur.[78,79,80,68] Eğitimlere katılımcı sayısı 16'dan 765 kişiye kadar değişen örneklem boyutlarındadır.[61,62,63,76] Bazı çalışmalarda kontrol grubu alınmış, bazı çalışmalarda kontrol grubu alınmadan katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgileri kıyaslanmıştır.[77,76] Eğitim müdahale yönetimi olarak online öğrenme yöntemleri, hazırlanmış videolar, simüle hastalar, vaka tartışmaları, yüz yüze teorik dersler kullanılmış ve eğitim etkinliği bazı çalışmalarda eğitim hemen sonrasında, bazılarında 1-6 ay arasında değişen sürelerde incelenmiştir.[78,61] Eğitim etkinliği için araştırmacılar tarafından hazırlanan testlerin puanı, profesyonel tarafından belirtilen şüpheli ÇİVİ vakası bildirim sayıları, resmi kayıtlara göre ÇİVİ bildirim sayısı kullanılmıştır.[68,76] Araştırmaların sonucu genel olarak ÇİVİ hakkında eğitimlerin etkili olduğunu, belirli aralıklarla tekrar edilmesini ve ulusal alanda yaygınlaştırılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Hekimlerin ÇİVİ belirti ve riskleri tanımasına yönelik kullanımı pratik, araştırmanın öğrenim hedefleri ile ilişkili benzeri başka bir ölçek olmadığı için araştırmada veri toplama aracı olarak "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" kullanılmıştır. Bu ölçek, hemşire ve ebelerde geliştirilmiş olup ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,924'tür.[60] Örnekleminde hekimlerin de olduğu sağlık çalışanlarına yönelik yapılan başka bir çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0,74 olarak hesaplanmıştır.[73] Bu çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı eğitim öncesi 0,943; eğitimden hemen sonra 0,957 ve eğitimden sonra 6. ayda 0,957 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa kat sayısı 0,8-1 arasında yüksek güvenilirlikte kabul edildiği için, bu çalışmada kullanılan ölçek yüksek güvenilirlikte ve hekimler için de güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmiştir. Her ne kadar

güvenilir olarak karşımıza çıksa da ölçeğin değerlendirilmesi sırasında bazı zorluklarla karşılaşılmıştır. Örneğin hangi soruların hangi alt ölçeklere işaret ettiği orijinal çalışmada belirtilmemiştir. Ancak başka araştırmacı tarafından yürütülen araştırmada[73] bu durumun belirtilmesi ve hangi maddelerin hangi alt ölçeği işaret ettiği anlaşıldığı için alt ölçekler için değerlendirme yapılabilmiştir.

Sahada çalışan aile hekimlerine yönelik teorik hizmet içi eğitimler bulunmakla birlikte yüz yüze, vaka tartışmalarını içeren pratiğe yönelik eğitimler literatür tarandığında bulunamamıştır. Bu eğitim birinci basamak için yapılandırılmış, birinci basamağın ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmuştur. Farklı branşlardan alanında uzman eğiticiler sayesinde, katılımcılara farklı bakış açıları kazandırılarak multidisipliner bir eğitim ortamı sunulmuştur. Sahada çalışan aile hekimlerine yönelik olan bu çalışma sadece hekimleri evren olarak alarak birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarını araştırmaya dahil etmemiştir. Ancak uygulanan bu eğitim; bütün birinci basamakta çalışan sağlık personelleri için genişletilebilir, geniş projeler ile tüm illere yayılabilir.

5.3. Araştırma Bulgularının Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algılarına Göre Tartışılması

Çalışmada, hekimlerin daha önce ÇİVİ vakasıyla meslek süreleri boyunca karşılaşma oranları %44,7'dir. Eğitim sonrası 6 ay içinde geçen sürede ise bu oran %21,1 olarak bulunmuştur. Altı ay kadar kısa bir süre içinde ÇİVİ vakasıyla karşılaşma oranının bu kadar fazla olmasının sebebi eğitim sonrasında aile hekimlerinin ÇİVİ vakalarını tanıma konusunda eğitim öncesine kıyasla bilgisinin artması olabilir.

Hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakalarının yönetimiyle ilgili toplam yeterlik algısı puanı ve yeterlik algısı formunun alt maddelerinin eğitim öncesi ve eğittim sonrası 6. ay karşılaştırmasında; hekimlerin anlamlı ölçüde ÇİVİ vakası yönetimiyle ilgili yeterliliklerinin arttığı saptanmıştır. Eğitimden önce ÇİVİ vakasıyla karşılaşan 17 hekimden 10 hekim (%58,8) karşılaştığı vakayı bildirmemesine rağmen eğitimden sonra geçen 6 ay içinde ÇİVİ vakasıyla karşılaşan 8 hekimden sadece 1 hekim bildirimde bulunmamıştır. Bildirim oranlarının artmasında eğitim sonra hekimlerin ÇİVİ vakasıyla karşılaştıklarında yönetmeyle ilgili yeterliklerinin

artmasının etkili olduğu söylenebilir. Antalya Eğitim Araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarının ÇİVİ vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülüklerini inceleyen araştırmaya göre, hekimlerin %42'si bu çalışmayla benzer oranda ÇİVİ vakasıyla karşılaşmıştır. Karşılan hekimlerin %22,3'si bildirimde bulunmamıştur.[6] Aile hekimlerin ÇİVİ vakalarının değerlendirilmesi ve yönetimiyle ilişkili faktörleri karma yöntem ile araştıran çalışmaya göre bu çalışmaya kıyasla daha az oranda hekimler (%21,5) ÇİVİ vakasıyla karşılaşmış ve hekimlerin %15'i sadece medikal destek sağlayacağını, bildirim yapmayacağını belirtmiştir.[5] Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre hekimlerin ÇİVİ vakasıyla meslek yaşamları süresinde karşılaşma oranları %44,1-%82 arasında değişmektedir.[4,67,69,81] ÇİVİ vakasıyla karşılan hekimlerin %20-%58'si bildirim zorunlu olmasına rağmen bildirimde bulunmamıştır.[69,70,81,71] ÇİVİ vakalarının bildirimi hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde zorunlu olmasına rağmen bildirilmeme oranları çok yüksektir. İsveç'te Aile hekimlerinin şüpheli ÇİVİ vakalarını bildirmemelerinin nedeni araştıran çalışmaya göre 3 temel neden şöyle sıralanmıştır; hekimin şüpheli ÇİVİ vakasını belirlemedeki karasızlığı, hekim tarafından çocuğun kısa süreli takip planının yapılması, başka bir sağlık kuruluşuna sevk etmedir. Ayrıca vakanın bildirilmemesinde hekimin ÇİVİ konusunda bilgi eksikliği, ailenin güvenini ve iletişimini kaybetme korkusu, yoğun çalışma koşulları içinde hekimin vakit ayıramaması, hekimin aileye tek başıma aileye yardım edebilme düşüncesi etkili olmuştur.[69] Fransa'da aynı amaçla yapılan başka bir çalışmada diğer çalışmalara benzer şekilde; yanlış teşhis korkusu başta olmak üzere, hekimlerin sosyal hizmetlerin etkili çalıştığını düşünmemesi, raporlamanın zaman alıyor olması ve raporlamanın nasıl yapılacağının bilinmemesi olmuştur. Diğer çalışmalardan farklı olarak hasta yakınları tarafından bildirim sonrası tehdit alma korkusu da vakaların bildirilmemesinde etkili olmuştur.[4] Avrupa ülkelerinde hekimlerin hangi vakadan şüphe duyacaklarına emin olmamaları bildirimin yapılmasında en büyük engeldir. Bu sorunu çözmek için ÇİVİ belirti ve risklerini tanımaya yönelik ölçekler kullanılabilir. Hekimlere şüpheli ÇİVİ vakalarının belirti ve riskleri hakkında eğitimler düzenlenmelidir. Avrupa ülkelerinde aile hekimine birim başına düşen hasta sayıları az olmasına rağmen şüpheli ÇİVİ vakası bildirimi yapmaya vakit bulamamaları; ülkemiz için de geçerli global bir sorun olduğunu düşündürmektedir. ÇİVİ vakalarının kapsamlı değerlendirilmesi, bildirimlerin

yapılması birinci basamaktaki hasta yoğunluğu ve diğer ek görevlerin azaltılmasıyla çözülebilir. ABD'de hekimlerin ÇİVİ vakalarını bildirmeme sebeplerini araştıran derlemeye göre sonuçlar Avrupa ülkelerine benzer şekilde sonuçlanmıştır. Bunlar ÇİVİ vakalarının belirti ve risklerini tanıyamama, raporlama süreci hakkında bilgi sahibi olmama, bildirim sonrasında çocuk ve ailesinin olası zarar görme ihtimali olmuştur.[50] Pakistan'da yapılan başka bir çalışmaya göre hekimlerin bildirmeme sebeplerinden mağdur çocuğun ebeveynleri ve ailesi tarafından gelebilecek şiddet korkusu batı ülkelerine kıyasla birinci sırada gelmiştir. Bu durum Pakistan gibi gelişmemiş ülkelerde sağlıkta şiddetin daha yaygın bir sorun olduğunu düşündürmektedir. Bildirim yapılamasının diğer sebepleri önceki çalışmalara benzer şekilde bildirim süreci hakkında bilgi sahibi olmama, şüpheli ÇİVİ tanısından emin olamama, bildirimin çocuk ve ailesine olası zarar verme korkusu etkili olmuştur.[71]

Hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algısını değerlendiren formun iç tutarlılığı gösteren Cronbach Alfa katsayısı 0,938; eğitimden sonra 6. ayda 0,894 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin arasındaki uyumu gösteren, iç tutarlık ölçüsüdür. Cronbach Alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı, bir o kadar da aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Cronbach Alfa değerine göre ölçek; 0 ile 0,4 aralığında güvenilir değil, 0,4-0,6 aralığında düşük güvenilirlikte, 0,6-0,8 aralığında oldukça güvenilir, 0,8-1 arasında yüksek güvenilirlikte olarak değerlendirilir.[82] Buna göre hem eğitimden önce hem de eğitimden 6 ay sonra uygulanan ÇİVİ vakalarının yönetimiyle ilgili yeterlik algı formu iç tutarlılık açısından yüksek güvenilirlikte olarak yorumlanabilir. Ülkemizde ÇİVİ vakaları yönetim algısını ölçen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. Bu alandaki açığı "ÇİVİ Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu" geliştirilerek, geçerlilik güvenilirlik çalışmaları sonrasında ölçek haline getirilebilir.

5.4. Araştırma Bulgularının Eğitim ile İlgili Katılımcıların Geri Bildirimlerine Göre Tartışılması

Eğitim geri bildirimleri incelendiğinde en çok vurgu yapılan konular; eğitimin multidisipliner bir ekip tarafından verilmesinin katılımcılar yönünden öğretici olduğu, eğitimin tekrarlarının beklenmesi ve eğitim süresinin uzatılması yönünde olmuştur. Katılımcılar eğitime 10 puan üzerinden ortalama 9,5 ± 0,72 puan vermişlerdir ve eğitimden genel olarak memnun ayrılmışlardır. Bazı katılımcılar vaka tartışmaları uzun bulurken bazı katılımcılar vaka tartışma süresini yetersiz bulmuşlardır. Aile hekiminin süreci yönetirken hasta ve aile ile iletişiminin eğitimde daha çok yer almasını isteyen katılımcılar da olmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde iç hastalıkları, pediatri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencileri için çocuk ihmal ve istismarını önlemeye yönelik 3 saatlik küçük gruplarda vaka tartışmaları eğitimi veren çalışmaya göre eğitim sonrası alınan geri bildirimlerde eğitim süresinin davranış değişikliği ve öğrenme açısından çok kısa olmasına vurgu yapılmıştır. Ayrıca uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinde motivasyonel görüşme tekniklerinin hekimlere kazandırılmasının ÇİVİ'yi önlemede ve hastayla iletişimde önemli bir basamak olduğu belirtilmiştir.[61] Bu çalışmada eğitim süresinin 1 tam gün sürmesi de bazı katılımcılar tarafından kısa bulunmuştur. Eğitimin kullanılması durumunda olumlu geri bildirimler doğrultusunda, tartışmalara biraz daha zaman ayrılarak aynı şekilde devam edilebilir.

5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışma eğitim müdahale araştırması olduğu için diğer çalışmalarla kıyaslandığında örneklem sayısı yeterli olsa da sıklık analizleri için örneklem boyutu yetersiz kalmıştır. Ancak araştırmanın birincil amacı sıklık belirlenmesi değildir. Yine de analizlerin kuvvetlendirilmesi için daha fazla aile hekimi ile çalışılması gerekmektedir. ÇİVİ gibi hassas bir konu olması nedeniyle örneklem alınmamış sadece eğitim almaya gönüllü hekimlerle çalışılmış olması, zaten eğitime ihtiyaç duyan hekimlerle çalışıldığı için eğitimin etkisini daha fazla artırmış olabilir.

Araştırmada kontrol grubu alınmamış katılımcılar kendi içinde kıyaslanmıştır. ÇİVİ vakaları tanıma ve yönetme hakkında eğitimin etkisini, karıştırıcılar olmadan incelemek amacıyla gelecek çalışmalarda kontrol grubu alınması önerilir. Eğitime sahada çalışan aile hekimlerinden daha fazla sayıda AHU öğrencinin katılması araştırmanın bir başka kısıtlılığıdır. Eğitimin düzenleyicinin de AHU öğrencisi olması bu durumu açıklayabilir. Ayrıca AHU öğrencileri, eğitim programları kapsamında diğer branşlara rotasyona gitmekte ve hafıza faktörü için beklenen 6 aylık süre içinde eğitim ASM veya Aile Hekimliği polikliniklerinde çalışmamış olabilirler. Dolayısıyla bu süre içinde çocuk hastayla karşılaşmamış veya daha az karşılaşmış olabilirler. ÇİVİ vakalarının tanınması ve yönetimiyle ilgili eğitimde öğrendikleri bilgileri 6 aylık süre içinde kullanmaya ihtiyaç duymamış olabilirler. Benzer eğitim planlayan çalışmacıların sahada çalışan aile hekimleri veya diğer ASM çalışanları ile eğitim düzenlemesi bu kısıtlılığın giderilmesini sağlayacaktır.

Ülkemizde aile hekimleri için çocuk ihmal ve istismar vakası tanıma ve yönetimiyle ilgili vaka temelli, uygulamalı eğitim örneği yoktur. Bu nedenle bu araştırmanın alanında ilk olması araştırmanın en güçlü yanıdır. Aile hekimleri yapılan çalışmalara göre ÇİVİ vakalarını tanıma ve yönetme konusunda kendilerini yetersiz hissetmekte ve eğitim talep etmektedirler. Bu eğitim müdahale çalışması sayesinde hekimlerin bu talebi karşılanmıştır. Ancak eğitimler ulusal çapta genişletilmeli ve bütün aile hekimlerini kapsamalıdır. Sahada uygulanan eğitimlerin online veya teorik olması, ÇİVİ vakalarının yönetimiyle ilgili belirsiz konuları içermemesi hizmet içi eğitimlerin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Ayrıca ÇİVİ hakkında birinci basamağa yönelik yüz yüze vaka tartışmalarını içeren multidisipliner eğitim ortamında alanında uzman eğiticilerle yürütülmüş olması diğer güçlü özelliğini oluşturur. Eğitim müdahale araştırmalarında, eğitimin uzun süreli etkisini değerlendirmek amacıyla çalışmalarda ortalama 3 ay kadar süre verilirken, bu çalışmada hafıza faktörünü de göz önünde bulundurularak eğitimin etkisi 6 ay sonra değerlendirilmiş ve etkili bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk ihmal ve istismarını tanıma ve yönetme hakkında aile hekimlerine yönelik birinci basamağın ihtiyaçlarını temel alan, ÇİVİ vakalarını tanıma, yönetme ve bildirimdeki zorlukları ve bu zorlukların nasıl aşılabileceğini teorik derslerle birlikte multidisipliner ortamda vaka tartışmalarıyla ele alan bu eğitim müdahale çalışması alanında tektir.

Multidisipliner yaklaşımla hazırlanan bir günlük teorik ve vaka tartışmalarını içeren eğitim, çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda aile hekimlerinin bilgi ve yeterlilik algısını artırmıştır.

Daha önce hizmet içi eğitim alan hekimlerde eğitim sonrası ÇİVİBRTÖ puan artışının daha fazla olması eğitim tekrarlarının bilgi düzeyi artırmada daha yararlı olacağı bilgisini desteklemektedir.

Hekimlerin ÇİVİ vakalarının yönetimi ile ilgili yeterlik algısının artmasında hem planlama hem de eğitimin yürütülmesinde farklı disiplinlerden profesyonellerin yer alması ve birinci basamakta karşılaşılabilecek çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili standardize vakalar üzerinden eğitimlerin yürütülmüş olması etkili olmuş olabilir.

Kullanılan eğitim yöntemi, özellikle eğitici olarak farklı dallardan alanında uzmanların yer alması ve birinci basamakta karşılaşılan vakalar üzerinden çalışılması beğenilmiştir (eğitim geri bildirim puanı10 puan üzerinden ortalama 9,5 ±0,7). Ancak, çocuk mağdur ve ailesi ile iletişim konusunun eğitimde daha çok yer alması ve eğitim süresinin uzatılması önerilmiştir.

Sonuç olarak aile hekimlerine yönelik 1 tam günlük vaka tartışmalarını içeren, çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda verilen eğitimin etkili olduğu saptanmıştır. Eğitimin hekimlerde uzun süreli kalıcılığını sağlamak için eğitim belirli aralıklarla eğitim tekrar edilmelidir.

Öneriler:

- Birinci basamakta çocuk ihmal ve istismarını tanıma ve yönetme konusunda kapsamlı rehber hazırlanmalı. Bu rehberde ÇİVİ tanımaya yönelik ip uçları, bildirim yükümlülükleri ve tipleri, arada kalınan vakalar için danışılacak kişiler, yönlendirmeler; Çocuk Koruma Merkezlerinin, İlçe Sağlık Müdürlüğünde Sosyal hizmet çalışanının, psikoloğun telefon numaraları bulunmalıdır. Ayrıca rehber tüm birinci basamak sağlık çalışanları için kapsayıcı olmalıdır.
- Sistemi oturtulmuş ÇİVİ bildirim sistemi oluşturulmalı, bu sistem birinci basamak ve tüm ilgili kuruluşlarla entegre olmalı ve her hekim bu sistemi nasıl kullanacağını bilmelidir.
- Birini basamakta hizmetlerin aksamadan yürütülmesi ve bildirilen vakaların takibi amacıyla için birinci basamak entegrasyonunu sağlanmalıdır. İlçe Sağlık Müdürlükleri, Sosyal Hizmet Kurumları, Çocuk Koruma Merkezleri, ASM'ler mağdur çocuğun korunması için birlikte çalışmalıdırlar.
- Sağlık çalışanlarının bildirimi sırasında çalışanın güvenliği öncelikli olmalı ve bildirim yapan kişinin kimliği gizli tutulmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının bildirdikleri vakaları takip edebilmeli, sevk ettikleri basamaktan geri bildirim alabilmelidirler.
- ÇİVİ vakalarını tanıma ve yönetme konulu hizmet içi eğitimler yaygınlaştırılmalı, tüm birinci basamağı kapsamalı ve belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.
- ASM çalışanlarının hatta komşu ASM'lerin de belirli aralıklarla toplanıp ÇİVİ açısından riskli vakalar hakkında konuşup, karşılaştıkları vakaları tartışarak bilgi alış verişi yapılabilir. Bu toplantılara sosyal hizmet çalışanı, halk sağlığı hekimi, Sağlık Yaşam Merkezi'nde görev alan psikolog gibi birinci basamakta çalışan diğer sağlık çalışanları da katılabilir.
- ÇİVİ hakkında çekirdek eğitim ve uzmanlık eğitim programları standardize edilmeli ve ulusal çapta uygulanmalıdır.
- ÇİVİ'nin oluşmasını önlemek amacıyla halka belirli aralıklarla çocuk gelişimi ve eğitimiyle ilgili eğitimler düzenlenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Babinski DE, Huffnagle SM, Bansal PS, Breaux RP, Waschbusch DA. Global Prevalence. Evidence-Based Pract Child Adolesc Ment Heal. 2016;5(2):173-188. doi:10.1542/peds.2015-4079.Global

2. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662

3. Mcdonald KC. Child Abuse: Approach and Management. Am Fam Physician. 2007;75(2):221-228.

4. Regnaut O, Jeu-Steenhouwer M, Manaouil C, Gignon M. Risk Factors for Child Abuse: Levels of Knowledge and Difficulties in Family Medicine. A mixed method study. BMC Res Notes. 2015;8(1):4-9. doi:10.1186/s13104-015-1607-9

5. İnanici SY, Çelik E, Hıdıroğlu S, Özdemir M, İnanıcı MA. Factors Associated with Physicians' Assessment and Management of Child Abuse and Neglect: A mixed method study. J Forensic Leg Med. 2020;73(April). doi:10.1016/j.jflm.2020.101972

6. Tekin O. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2020;29(2):85-92. doi:10.17942/sted.567336

7. Çelen K. Çocuk İstismar/İhmal Vakaları İle Karşılaşan Aile Hekimlerinin Yaşadıkları: Kalitatif Bir Çalışma. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2022

8. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020, YükseköğretimKurulu.https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf

9. UzmEP 2023, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı. Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği ABD. http://ahad.tip.marmara.edu.tr/uzmanlik-egitimi-programimiz-marahek-uzmep-2023/uzmep-2023

10. Ulukol B, Kahiloğulları A.K, Sethi D, et al. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2014). Adverse Childhood Experiences Survey Among University Students in Turkey: Study Report 2013. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/14691911.

11. Durmaz N. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihçesi. Cantürk G, editör. Çocuk İstismarı ve İhmali. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-6.

12. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The First Definitive Description of Child Abuse. Child Abuse Neglect. 2005;29(4):325-334. doi:10.1016/j.chiabu.2004.04.007

13. Caffey J. The Classic: Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma. 1946. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(3):755-758. doi:10.1007/s11999-010-1666-0

14. Kempe H, Silverman FN, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child. Published online 2015.

15. Smaal Y. Historical Perspectives on Child Sexual Abuse, Part 2. Hist Compass. 2013;11(9):715-726. doi:10.1111/hic3.12073

16. Gaudin JM, U S Department of Health and Human Services. Child Neglect: A Guide for Intervention. P19 Attach Soc Learn theory Diane Publ. 1993;(April).

17. World Health Organization, Child Maltreatment (2022). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

18. Inanici MA, Dagli T. Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı (2010). https://cokmed.net/pssistem/dosyalar/files/Hastane%20Temelli%20Cocuk%20Koruma%20Birimlerinde%20Calisan%20Uzmanlarin%20Yeterlik%20Egitimi%20Icin%20Egitici%20El%20Kitabi.pdf

19. Dağlı T, İnanıcı M, İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım (2011).https://cokmed.net/pssistem/dosyalar/files/Ihmal%20ve%20Istismara%20Ugrayan%20Cocuga%20Butuncul%20Yaklasim.pdf

20. ASPAC Taskforce on Psychological Maltreatment. Practice Guidelines:The Investigation and Determination of Suspected Psychological Maltreatment of Children and Adolescents Copyright. Published online 2019:1-28. https://www.apsac.org/guidelines

21. Gonzalez D, Bethencourt Mirabal A, McCall JD. Child Abuse and Neglect. 2023 Jul 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 29083602.

22. Gökçay G, Beyazova U, (2020). İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi.Çevre ve Çocuk Sağlığı (2.baskı) içinde (s. 211-221). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri

23. Yolcuoğlu, İ. G. (2010). Çocukların İhmal-İstismara Uğramasında Aile ve Çocuklara Yönelik Risk Faktörleri Ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 21(1), 73-83.

24. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse Neglect. 2018;77(January):198-210. doi:10.1016/j.chiabu.2018.01.006

25. Aktay M. İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi. Gelişim ve Psikol Derg Derleme Makal J Dev Psychol. 2020;1(2):169-184.

26. Brown CL, Yilanli M, Rabbitt AL. Child Physical Abuse and Neglect. 2023 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 29262061.

27. Nikolaidis G, Petroulaki K, Zarokosta F, et al. Lifetime and Past-Year Prevalence of Children's Exposure to Violence in 9 Balkan Countries: THE BECAN Study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2018;12(1):1-15. doi:10.1186/s13034-017-0208-x

28. Ramcharan P. Ethical Challenges and Complexities of İncluding Vulnerable People in Research: Some Pre-theoretical Considerations. J Intellect Dev Disabil. 2006;31(3):183-185. doi:10.1080/13668250600876418

29. Friedman R. The Theory and Art of Child Psychotherapy: A Corrective Developmental Approach. Psychoanal Rev. 2017;104(5):561-593. doi:10.1521/prev.2017.104.5.561

30. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The Association Between Five Forms of Child Maltreatment and Depressive and Anxiety Disorders: A systematic Review and Meta-analysis. Child Abus Negl. 2019;96(May):104082. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104082

31. Sarı HY, Ardahan E, Öztornacı BÖ. Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan Sistematik Derlemeler. TAF Prev Med Bull. 2016;15(6):501-511. doi:10.5455/pmb.1-1453795052

32. Atatanır H. Çocukluk Olgusunun ve Çocuk Haklarının Tarihsel Gelişimi. Uluslararası Sos Hizmet Araştırmaları Derg. 2022;2(2):205-219.

33. Yolcuoğlu DİG. Türkiye'de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. Sos Polit Çalışmaları Derg. 2009;18(18):43-58. http://dergipark.ulakbim.gov.tr/spcd/article/view/5000107873

34. Candan N, Candan H. Çocuklarin Cinsel İstiśmari Suçu(2022). https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2022/12/COCUKLARIN-CINSEL-ISTISMARI-SUCU-TCK-M.103.pdf

35. Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi. Strazburg (1996). https://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/cocukhaklarininkullanilmasinailiskin.pdf

36. Kurt S. Çocuk HaklariİlişkinMevzuat Ve Uygulamalar. Sos Polit Çalışmaları Derg. 2016;0(36):99-127. doi:10.21560/spcd.28915

37. Kurt SL, Sarı KS, Uyanık MN. Çocuk Hakları ve Türkiye Uygulamasi (2021). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. https://www.aile.gov.tr/media/75943/cocuk-politikalari-serisi-23-nisan-ozel-yayini.pdf

38. Tuncer B, Erdoğan T. Korunmaya Muhtaç Çocuklar Ve Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan BakimYöntemleri. J Int Sci Res. 2018;3(2):515-527. doi:10.21733/ibad.417251

39. Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu , Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanunun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine, Bazı Maddelerinin Kaldırılmasına Dair Kanun. (1981, 10 Kasım). Resmi Gazete (Sayı:17510) https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc064/kanunmgkc064/kanunmgkc06402552.pdf

40. Sosyal Hizmetler Kanunu. 2014;(27, Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:18059) https://aile.gov.tr/uploads/chgm/uploads/pages/kanunlar/2828-sosyal-hizmetler-kanunu.pdf

41. Çocuk Koruma Kanununun Uygulanmasına İlişkin Usûl Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. (2012, 23 Aralık) https://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_diger/cocukkorumakanununununuygulanmasi.pdf

42. Çocuk Hakları Daire Başkanlığı (2024). T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.https://www.aile.gov.tr/chgm/teskilatyapisi/baskanliklarimiz/cocuk-haklari-daire-baskanligi/

43. Dağlı T. Çocuk Koruma Sïstemleri (2016). https://cokmed.net/ps-sistem/dosyalar/files/Cocuk%20Koruma%20Sistemleri.pdf

44. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. "Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) Listesİ". Erişim: 07.04.2024 https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html

45. Topdem C. Bir Uygulama : Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM). Anadolu Bil Mesl Yüksekokulu Derg. 2016;43.

46. Türkiye'de Çocuklara Yönelik Koruyucu ve Önleyici Politikaları Değerlendirme Çalıştayı Raporu (2017). T.C. Aile ve Sosyal Politakalar Bakanlığı. https://www.aile.gov.tr/media/2498/turkiye-de-cocuklara-yonelik-koruyucu-ve-onleyici-politikalari-degerlendirme-calistayi-raporu.pdf

47. Türk Ceza Kanunu. (2004, 12 Ekim). Resmi Gazete (Sayı: Sayı :25611). https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5

48. Çocuk Koruma Kanunu. (2005, 15 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı:25876). https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.h

49. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 2013; (25,Ocak) Resmi Gazete (sayı:25539) https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

50. Alvarez KM, Kenny MC, Donohue B, Carpin KM. Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment , and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process ? 2004;9:563-578. doi:10.1016/j.avb.2003.07.001

51. Flaherty EG, Sege RD, Griffith JL. From Suspicion of Physical Child Abuse to Reporting : Primary Care Clinician. 2008;(September). doi:10.1542/peds.2007-2311

52. Lam TP, Chan HY, Piterman L, et al. Factors That Facilitate Recognition and Management of Domestic Violence by Primary Care Physicians in a Chinese Context - a Mixed Methods Study in Hong Kong. Published online 2020.

53. Okato A, Hashimoto T, Tanaka M, et al. Inter-agency Collaboration Factors Affecting Multidisciplinary Workers' Ability to İdentify Child Maltreatment. BMC Res Notes. 2020;13(1):1-7. doi:10.1186/s13104-020-05162-7

54. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European Defınıtıon of General Practıce / Famıly Medıcıne Wonca Europe 2023 Edition the Wonca Tree-As Produced By the Swıss College of Prımary Care Prepared for Wonca Europe (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002. Published online 2023.

55. Hashim MJ. Teaching Family Medicine and General Practice. Korean J Fam Med. 2022;43(2):93-100. doi:10.4082/kjfm.20.0223

56. Turhan E, Sangün Ö, İnandi T. (2006), Birinci Basamakta Çocuk İstismari ve Önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(9), 153-157.

57. Gürsoy F, Özaslan H, Bulut Ş, Yaşar MC, Kaya ÜÜ, Aral N, Keskin AD, Bıçakçı MY, Durualp E, Ayhan AB, Beyazıt U, Baran G, Aksoy P, Akyol AK, ec. Çocuk Gelişimi. (Aral N, ed.).; 2018. https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/CGE201U/ebook/CGE201U-16V1S1-7-0-1-SV1-ebook.pdf

58. Önder AV. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar (1-2 Cilt). Akademisye. (Ercan ES, Bilaç Ö, Yazıcı İP, Kütük MÖ, Işık Ü, Kılıçoğlu AG, Durak FS, Kandemir H, Yazıcı KU, Bolat GÜ, Kavurma C, ed.); 2024. doi:https://doi.org/10.37609/akya.45

59. Herbert JL, Bromfield L. Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model: A Systematic Review. Trauma, Violence, Abus. 2016;17(3):341-357. doi:10.1177/1524838015585319

60. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.

61. Froula LM, Lenane AM, Pasternack JR, Garfunkel LC, Baldwin CD. Case-Based Workshop for Teaching Child Abuse Prevention to Resident Physicians. MedEdPORTAL J Teach Learn Resour. 2017;13:10547. doi:10.15766/mep_2374-8265.10547

62. Miller AJ, Barlup Toombs K. Educating Physicians İnternationally in the Diagnosis of Child Sexual Abuse: Evaluation of a Brief Educational İntervention in Malawi. J Child Sex Abus. 2014;23(3):247-255. doi:10.1080/10538712.2014.888120

63. Debnam KJ, Johnson SL, Colomé S, Bran JV, Upadhya KK. The Impact of Adolescent Dating Violence Training for Primary Care Providers. J Pediatr Heal Care. 2018;32(2):e19-e26. doi:10.1016/j.pedhc.2017.09.004

64. Aslan S. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2018.

65. Demir H. Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Edirne, 2012.

66. Koç EM, Çetin E, Aksoy H. İzmir ' deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Assessment of Level of Information of Family Medicine Assistants in İzmir on Child Abuse and Child Neglect. 2021;30(1):0-3. doi:10.17942/sted.781875

67. Berthold O, Jud A, Jarczok M, Fegert JM, Clemens V. Reasonable Suspicion in Reporting Child Maltreatment: a Survey Among German Healthcare Professionals. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2021;15(1):1-7. doi:10.1186/s13034-021-00381-7

68. Lee D-H, Kwak S-G, Kim J-W, Park D-J, Yang J-H, Lee M-H. Education in South Korea. Educ South Korea. 2022;137. doi:10.1007/978-981-16-5229-5

69. Talsma M, Boström KB, Östberg AL. Facing Suspected Child Abuse - What Keeps Swedish General Practitioners from Reporting to Child Protective Services? Scand J Prim Health Care. 2015;33(1):21-26. doi:10.3109/02813432.2015.1001941

70. Yehuda Y Ben, Attar-Schwartz S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child abuse and neglect: Reporting by Health Professionals and Their Need for Training. Isr Med Assoc J. 2010;12(10):598-602.

71. Khan HMA, Mansoori N, Sohail MH, Humayun MA, Liaquat A, Mubeen SM. Child Physical Abuse: Awareness and Practices of Medical and Dental Doctors in Pakistan. J Pak Med Assoc. 2021;71(6):1704-1708. doi:10.47391/JPMA.1233

72. Kılıçaslan F, Güngören S, Gökçeoğlu S, Ayaydın H. Şanlıurfa İlinde Görev Yapan Pediatri ve Çocuk Cerrahi Uzmanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2020;17(3):330-334. doi:10.35440/hutfd.747815

73. Tepe M. Tekirdağ Süleymanpaşa Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2021.

74. Forsetlund L, O'Brien MA, Forsén L, et al. Continuing Education Meetings and Workshops: Effects on Professional Practice and Healthcare Outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2021;2021(9). doi:10.1002/14651858.CD003030.pub3

75. ALTAN H. Üniversite Öğrencisi Gençlere Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Yapılan Eğitimin Bilgi ve Farkındalıklarına Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Doktora Tezi, Ankara, 2015.

76. Walsh K, Eggins E, Hine L, et al. Child Protection Training for Professionals to İmprove Reporting of Child Abuse and Neglect. Cochrane Database Syst Rev. 2022;2022(7). doi:10.1002/14651858.CD011775.pub2

77. Jerry G. Jones, Judy Garrett, TW. A Videotape Series for Teaching Physicians to Evaluate Sexually Abused Children. J Child Sex Abus.

78. Shefet D, Dascal-weichhendler H, Rubin O, et al. Domestic Violence : A National Simulation-Based Educational Program to İmprove Physicians ' Knowledge , Skills and Detection Rates. 2009;(September 2017). doi:10.1080/01421590701452780

79. Davis AL, Pecaric M, Pusic M V, et al. Child Abuse & Neglect Deliberate Practice As an Educational Method for Learning to İnterpret The Prepubescent Female Genital Examination. 2020;101(October 2019). doi:10.1016/j.chiabu.2020.104379

80. Wen FK, Miller-cribbs JE, Coon KA, Jelley MJ, Foulks-rodriguez KA. A Simulation and Video-based Training Program to Address Adverse Childhood Experiences. Published online 2017:1-10. doi:10.1177/0091217417730289

81. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and Reporting Child Physical Abuse: A Survey of Primary Healthcare Professionals. J Adv Nurs. 2006;56(3):227-236. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x

82. Uzunsakal E, Yıldız D. Alan Araştırmaların Güveni̇lirlik Testlerini̇n Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bi̇r Uygulama. Uygulamalı Sos Bilim Derg. 2018;2(1):14-28.

8. EKLER

EK-1: Eğitim Duyurusu

AİLE HEKİMLİĞİNDE
ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMAR VAKALARINI TANIMA VE YÖNETME KURSU

ÜCRETSİZ

KATILIM BELGESİ VERİLECEKTİR.

PROGRAM

08.30-10.00: *(Dr. İrem Gelgeç*, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya*)*
Tanışma, Beklentilerin Alınması ve Programın tanıtımı
İhmal ve İstismar Yönünden Çocuğun Fiziksel, Ruhsal ve Sosyal Gelişimi

10.00-10.45: *(Prof. Dr. Akif İnanıcı**, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz**, Dr. Fatih Usluoğulları**)*
Vaka Örnekleriyle Çocuk İhmal ve İstismarı Kavramı ve Risk Etmenleri-1

11.00-11.45: *(Prof. Dr. Akif İnanıcı, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları)*
Vaka Örnekleriyle Çocuk İhmal ve İstismarı Kavramı ve Risk Etmenleri-2

11.45-13.00: *(Prof. Dr. Akif İnanıcı, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları)*
Çocuk İhmal ve İstismar Şüphesi Bulunan Olguların Değerlendirilmesi ve Yönetimi (Kayıt, adli, sosyal bildirim, çocuk izlem merkezlerinin işleyişi, çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşan aile hekimlerinin hukuki sorumlulukları)

13.00-13.45: Öğle Molası

13.45-14.30: Küçük Grup Çalışması
Küçük gruplarda dağıtılan olguların tartışılması

14.30-16.45: Vaka Tartışması (Bütün Grup ile)
Prof. Dr. Akif İnanıcı, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya, Prof. Dr. Pemra Göbek Ünalan, Dr. İrem Gelgeç, Dr. Öğr. Üyesi Sıtkı Tıplamaz, Dr. Fatih Usluoğulları, Av. Eyüp Can Esen (Hukukçu), Satı Gümüş***, Uzm. Psk. Uğur Salman*****

16.45-17.15: Kapanış ve Katılım Belgelerinin Dağıtılması
Dr. İrem Gelgeç, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

***MÜTF, Aile Hekimliği ABD, **MÜTF, Adli Tıp ABD**
Sosyal Hizmet Çalışanı, * Tuzla-Aydınlı Sağlıklı Hayat Merkezi**

EĞİTİM YERİ:
Marmara Üniversitesi Başıbüyük Kampüsü, Tıp Fakültesi Binası

Yüz Yüze 1 Günlük Eğitim

TARİH SEÇENEKLERİ:
(1 tam günlük eğitim için aşağıdaki günlerden birine katılabilirsiniz)

6 MAYIS
13 MAYIS

KAYIT VE BİLGİ İÇİN:
Dr. İrem Gelgeç

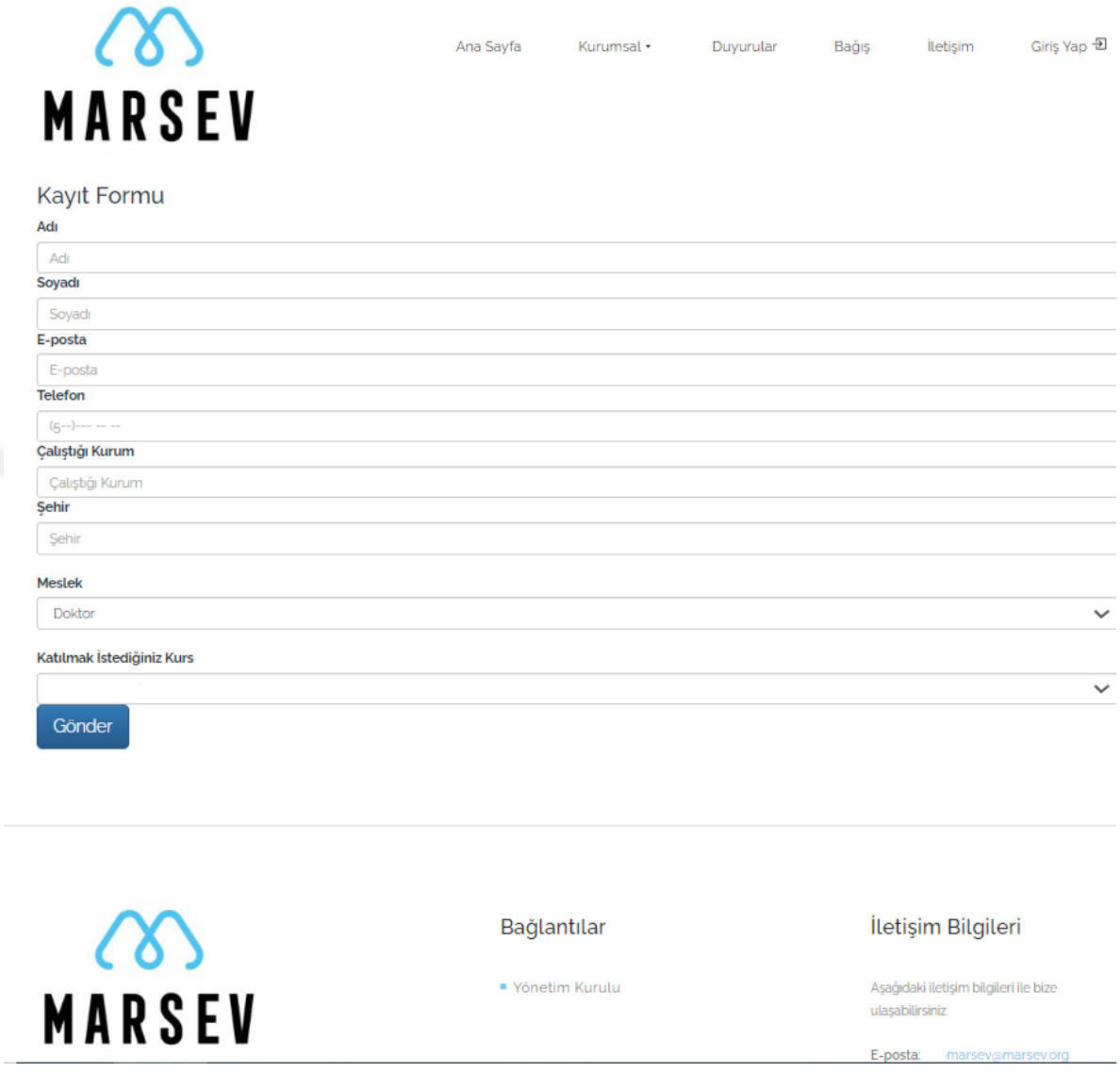
KAYIT LİNKİ:
https://marsev.org/Kayit/Kayit

MARSEV

Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi

Marmara Aile Hekimliği Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (MARAHEK)

EK-2: Online Başvuru Formu



EK-3: Gönüllü Olur Formları

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Aile Hekimlerinin Çocuk İhmal Ve İstismar Vakalarını Tanıma Ve Yönetme Konusunda Bilgi Ve Yeterliliğini Artırmaya Yönelik Eğitim Müdahale Araştırması

Bu deneysel müdahale araştırması Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından ortak yürütülmektedir. Bu çalışmayla amacımız aile hekimlerinin çocuk ihmal ve istismar vakalarını tanıma ve yönetme konusunda bilgi ve yeterliliğini artırmaya yönelik eğitimin etkinliğinin araştırılmasıdır. Literatür tarandığında birinci basamakta çocuk ihmal ve istismar konusunda eğitim ihtiyacı olduğu saptanmıştır ve daha önce Türkiye'de bu konuda eğitim müdahale araştırması yapılmadığı görülmüştür. Hedeflenen katılımcı sayısı 180 aile hekimidir. Araştırmanın veri toplama süresi 6 ay sürecektir.

Bu amaçla, çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş hekimlere, toplamda bir gün sürecek, yüz yüze, teorik ve olgu tartışmalarını içeren çocuk ihmal ve istismar vakarını tanıma ve yönetmeye yönelik eğitim verilecektir. Eğitim sonrasında da eğitim içeriği, çocuk ihmal ve istismar vakasıyla karşılaşılması durumunda ulaşılması beklenen telefon numaraları e-posta aracılığı ile katılıcılarla paylaşılacaktır. Eğitim öncesinde kişisel verileri içeren anketin (10 soru), çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçeğin (67 soru), çocuk ihmal ve istismar vakası yönetim anketin (15 soru) katılımcılar tarafından doldurulması beklenecektir. Eğitimden hemen sonra eğitim geri bildirim formu, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçeğin tekrar doldurulması planlanmıştır. Eğitimden 6 ay sonra katılımcılara tekrar ulaşılarak eğitimin kalıcılığını ölçmek amacıyla çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek, çocuk ihmal ve istismar vakası yönetim anketinin son kere doldurulması beklenecektir.

Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri, test başarı performansları dahil olmak üzere paylaşmış oldukları diğer tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz bir yansıması olmayacaktır.
Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. İrem Gelgeç'e ulaşabilirsiniz.
Saygılarımızla,

Prof. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma Ekibi Adına Araştırma Danışmanı

İkinci bölüm: Katılımcının Beyanı

Sayın Dr. İrem Gelgeç tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, **Dr. İREM GELGEÇ'e, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'**nda ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün **Adı-Soyadı:**

Adresi ve Telefon:

İmza:

EK-4: Standardize Vakalar

Vaka 1

4,5 yaşında erkek. Annesi tarafından kulak ağrısı nedeniyle Aile Sağlığı Merkezine getiriliyor. Çocuk kulağını tutuyor. Bebekliğinden beri sizin takip ettiğiniz fiziksel gelişimi normal olan hareketli bir çocuk. En son 1,5 yıl önce kontrole getirilmiş.

Fizik muayenede sol kulak kepçesinde ekimoz, dış kulak yolunda hiperemi, kulak zarında perforasyon tespit ediliyor. Ek olarak kolunun üst dış tarafında solmaya yüz tutmuş 1-2 cm birkaç adet ekimoz mevcut. Sorulduğunda annesi çocuğun çok yaramaz olduğunu, sık sık düştüğünü, arkadaşlarıyla kavga ettiğini belirtiyor. Diğer FM bulguları normal.

Anne 30 yaşında, bankada temizlik görevlisi, baba 35 yaşında garsonluk yapıyor, 2 yıl işsizlik sonrası 2 aydır çalışıyor. Kayıtlardan 1 yıl önce babanın eşine şiddet uyguladığını görüyorsunuz.

Hastanın 12 yaşında bir abisi olduğunu, yatılı okulda eğitim gördüğünü ve son 1 yıl içerisinde sık sık karın ağrısı ve bacak ağrısı ile ASM'ye başvurduğunu ve sizden birkaç kez rapor aldığını hatırlıyorsunuz.

Tartışma Soruları:

1. Bu vakada çocuk ihmal/istismarı düşünür müsünüz? Düşünürseniz ihmal/istismarın hangi türüne girer? Neden ihmal/istismar düşünürsünüz?
2. Öyküde başka neler öğrenmek istersiniz?
3. Muayene ederken nelere dikkat edersiniz?
4. Kulak zarı perforasyonu saptadığınız bu vakada öykü ve fizik muayene bulgularını kaydederken nelere dikkat edersiniz?
5. KBB konsültasyonu için hastayı sevk etmeyi düşünürseniz sevk sürecinde ve sonrasında nasıl bir yol izlersiniz?
6. Bu vakada bildirim yapar mısınız? Yaparsanız nasıl ve nereye yaparsınız?
7. Ev ziyareti planlar mısınız?
8. İstismar düşünürseniz, bu olguda istismar gerçekleşemeden önlenebilir miydi?
9. İstismar ise daha erken evrede tanınabilir miydi?
10. Anne ve çocukla iletişim sırasında nelere dikkat edersiniz?

Vaka 2

Gebelik izlemi (28 hafta) için başvuran 23 yaşındaki kadının yanında getirdiği diğer çocuğun sorulara yanıt vermediğini ve çekingen olduğunu fark ettiniz. Otuz aylık olan kız çocuğunun kayıtlardan en son 1 yaş izlemine geldiğini, 18 ay ve 24 ay aşıları için davet edildiği halde aşıya getirilmediğini ve aşılarının yapılmadığını saptadınız. (Aşı reddi için onam alınmış.) Gelmişken izlemini yapmak istediğiniz çocukta önceki takibine göre persentilinde düşme olduğunu saptadınız (%5p'den <%3p'e düşmüş).

Psikososyal değerlendirmede annenin çocuğu ile birlikte tek katlı bir gecekonduda yaşadığını, babanın alkollüyken yaralanmalı bir kavgaya karışması nedeniyle 6 aydır hapiste olduğunu öğrendiniz. Aile 2 yıldır İstanbul'da yaşıyor. Akrabaları il dışında ve destek görmüyorlar.

Tartışma Soruları:

1. Bu vakada çocuk ihmal/istismarı düşünür müsünüz? Düşünürseniz ihmal/istismarın hangi türüne girer? Neden ihmal/istismar düşünürsünüz?
2. Bu olguda öyküde başka neler öğrenmek istersiniz?
3. Çocuğu değerlendirirken başka nelere dikkat edersiniz?
4. Bu vakada bildirim yapar mısınız? Yaparsanız nasıl ve nereye yaparsınız?
5. Ev ziyareti planlar mısınız? Neden?
6. Bu vaka ile ilgili hekimin hukuki sorumluluğu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

Vaka 3

14 yaşında kız. 7 yaşından beri Tip1 DM tanılı hasta, raporlu ilaçlarını reçete edebilmek amacıyla ASM'ye annesi ile başvuruyor.

E-nabız üzerinden tıbbi geçmişine bakıldığında; diyabetik ketoasidoz nedeniyle sık hastane yatışları, kötü metabolik kontrol olduğu görülüyor.

Aile öyküsü: 6 çocuklu ailenin 5.si, baba DM hastası. Evde yemek yeme kontrolü olmadığını, babanın da ilaçlarını kullanmadığını, çocuğun günde 3 kez insülin kullanıp, 2 kez de şeker ölçümü yapması gerekirken yapmadığı ailenin de takip etmediği öğreniliyor.

Tartışma Soruları:

1. Bu vakada çocuk ihmal/istismarı düşünür müsünüz? Düşünürseniz ihmal/istismarın hangi türüne girer? Neden ihmal/istismar düşünürsünüz?
2. Öyküde başka neler öğrenmek istersiniz?
3. Bildirim açısından ne düşünürsünüz? Yapılacaksa nasıl ve nereye yapılmalıdır?
4. Aile bireyleri ile görüşmek ister misiniz?
5. Ev ziyareti yapılmalı mıdır?

Vaka 4

15 yaşında kız, Lise öğrencisi. Okulundaki görevli bir refakatçi ile karın ağrısı yakınması ile aile sağlığı merkezine başvuruyor. Öyküsünde 2 haftadır ara ara hissettiği pelvik bölgede ağrı ve bulantı yakınması olduğundan bahsediyor. Ek bir yakınması yok. Ailesiyle birlikte yaşıyor. Anne ve baba doktor, 9 yaşında bir kız kardeşi var. Sizinle yalnız görüşmek istediğini söylüyor.

Ek Bilgi

14 yaş 10 aylık.

Bilinen hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç yok.

Menarş 12 yaş. Düzenli adet görürken SAT 6 hf önce.

Fiziksel ve psikososyal gelişimi yaşına uygun.

Kendi rızasıyla kendi yaşıtı bir erkekle cinsel ilişki yaşadığını ifade ediyor.

Korunma yöntemleri ve gebelik hakkında bir fikri yok.

Tartışma Soruları:

1. Bu hastayla yalnız görüşmeyi kabul eder misiniz? Fizik muayene yapar mısınız?
2. Muayene edecekseniz ya da tetkik isteyecekseniz nelere dikkat edersiniz?
3. Vakayı yönetebilmek için neleri öğrenmek istersiniz?
4. Gebelikten şüphelenirseniz nasıl bir yol izlersiniz?
5. Bu vakada çocuk ihmal/istismarı düşünür müsünüz? Düşünürseniz ihmal/istismarın hangi türüne girer?
6. İstismar düşünürseniz nasıl bir yol izlersiniz?
7. Vakayla ilgili öykü ve fizik muayene kayıtlarını tutarken nelere dikkat edersiniz?
8. Bu vakada bildirim yapar mısınız? Yaparsanız nasıl ve nereye yaparsınız?
9. Anne/çocukla iletişimde nelere dikkat edersiniz?

Vaka 5

16 yaşında kız çocuğu. Annesi ile birlikte ASM'ye geliyor. Annesi 2 gün önce evden kaçtığını, daha sonra gözü mor bir şekilde geldiğini belirtip kızlık muayenesi yaptırmak istediğini söylüyor.

Çocuktan alınan öyküde; sosyal medya üzerinden tanıştığı birinin okul çıkışı kendini zorla evine götürdüğü, evde çocuğun alkol aldıktan sonra kendisini kanepeye ittiğini ve kafasını çarptığı için 4-5 saatlik hatırlamadığı bir sürenin olduğunu ifade ediyor. Uyandığında da tanıştığı kişiyle kavga etmesi üzerine tanıştığı kişinin yüzüne yumruk attığını belirtiyor.

Tartışma Soruları

1. Bu vakada çocuk ihmal/istismarı düşünür müsünüz? Düşünürseniz ihmal/istismarın hangi türüne girer? Neden ihmal/istismar düşünürsünüz?
2. Öyküde/Fizik muayenede nelere dikkat edilmelidir?
3. İstek üzerine hymen muayenesi yapar mısınız? Neden?
4. Hangi test ve örnekleri almayı düşünürsünüz? Neden?
5. Bu vakada bildirim yapar mısınız? Yaparsanız nasıl ve nereye yaparsınız?

Vaka 6

3 yaşında kız çocuğu, annesi tarafından idrarının kırmızı renkte olduğu gerekçesiyle ASMye getiriliyor. Aile hekimi tarafından annenin 17 yaşında evlendiği, evde eşinin anne-baba ve kardeşleriyle yaşadığı, evde gebeyken şiddete maruz kalıp düşük tehlikesi geçirdiği ve sonrasında düzenli ilaç kullandığı biliniyor. Muayene ve tetkik (Tam idrarda da) sonuçlarınızda herhangi bir hastalığa uygun patoloji **saptamadınız.**

Ek bilgi

E nabız kayıtları incelendiğinde, çocuğun doğumundan itibaren çok sık hastane başvurusu ve sürekli kan/idrar istemleri olduğu görülüyor. Herhangi bir hastalık ve aile öyküsünde özellik yok.

Tartışma Soruları

1. Bu vakada çocuk ihmal/istismarı düşünür müsünüz? Düşünürseniz ihmal/istismarın hangi türüne girer? Neden ihmal/istismar düşünürsünüz?
2. Hastaya yaklaşımınız nasıl olmalı? Hastane sevki konusunda düşünceniz nedir?
3. Sonradan da çocuğun takibini düşünür müsünüz?
4. Bu vakada bildirim yapar mısınız? Yaparsanız nasıl ve nereye yaparsınız?
5. Anne için sevk önerir misiniz?
6. Ev ziyareti yapılmalı mıdır?

EK-5: Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

1. **Ad Soyad:**
   ……
2. **Telefon:**
   ……
3. **Email:**
   …….
4. **Kaç yaşındasınız?**
   .....
5. **Cinsiyetiniz?**
   a. Kadın
   b. Erkek
6. **Medeni durumunuz?**
   a. Bekar
   b. Evli
   c. Boşanmış
   d. Dul
7. **Çocuğunuz var mı?**
   a. Evet
   b. Hayır
8. **Göreviniz?**
   a. Aile hekimliği uzmanı
   b. Pratisyen hekim
   c. Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi(SAHU)
   d. Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi(AHU)
   e. Diğer……
   f.
9. **Hekimlik yapma süreniz?**
   ……...
10. **Aile hekimliği yapma süreniz?**
    ……
11. **Mezuniyet öncesi öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim(dersler sırasında yer verilmesi, kurs… vb.) aldınız mı?**
    a. Evet
    b. Hayır
12. **Mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim(uzmanlık eğitimi sırasında, hizmet içi eğitim… vb.) aldınız mı?**
    a. Evet
    b. Hayır
13. **Mesleki uygulamalar sırasında çocuk istismarı ve ihmalinden şüphelendiniz mi? (Evet ise 2. Ve 3. soruya geçiniz.)**
    a. Evet
    b. Hayır
14. **Karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismar vakasını bildirimde bulundunuz mu?**
    a. Evet
    b. Hayır
15. **Kaç tane vaka bildiriminde bulundunuz?**
    ……..

EĞİTİMDEN 6 AY SONRA ÇÖZÜLECEK BÖLÜM

16. **Son 6 ay içinde mesleki uygulamalar sırasında çocuk istismarı ve ihmalinden şüphelendiniz mi?**
    a. Evet
    b. Hayır
17. **Karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismar vakasını bildirimde bulundunuz mu?**
    a. Evet
    b. Hayır
18. **Kaç tane vaka bildiriminde bulundunuz?**
    ……

EK-6: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını **düşündürmez.**					
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı **düşündürmelidir.**					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek **mümkün değildir.**					
15.	Özellikle 10-15 yaslarındaki gebelik cinsel istismarı **düşündürmelidir.**					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifiliz gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara **rastlanmaz.**					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı **düşündürmektedir.**					
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21.	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini **düşündürmelidir.**					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin **olmaması** ihmaldir.					

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

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

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

EK-7: Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarının Yönetimiyle İlgili Yeterlik Algısı Değerlendirme Formu

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
ASM şartlarında ÇİVİ'den şüphelendiğimde vaka yönetimini planlayabilirim.					
Anamnez ve fizik muayene bulgularını nasıl belgeleyeceğimi bilirim.					
Nasıl ve nereye bildirim yapacağımı bilirim.					
Hangi vakayı, nasıl sevk edeceğimi bilirim.					
ÇİVİ vakasında aile ve çocuk ile nasıl iletişim kuracağımı bilirim.					
ÇİVİ vakasında ne zaman sosyal hizmetlerden destek alacağımı bilirim.					
Kolluk kuvvetlerini ne zaman vaka yönetimine dahil edeceğimi bilirim.					
Türk ceza hukukunda cezai sorumluluklarım ne zaman başladığını ve yükümlülüklerimi bilirim.					
ÇİVİ vakası yönetirken kendi güvenliğimi sağlayabilirim.					
ÇİVİ açısından sekonder, tersiyer koruma basamaklarını bilirim.					
ÇİVİ'nin oluşmasını önlemeye çalışabilirim.					

Ek-8: Eğitim Geri Bildirim Formu

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Eğitimin amacı yeterli şekilde açıklandı.					
Eğitimin içeriği amacını karşıladı.					
Teorik dersler yararlıydı, öğrenmeme yardımcı oldu.					
Grup çalışması yapılması yararlıydı, öğrenmeme yardımcı oldu.					
Uzmanla vaka tartışmaları yararlıydı, öğrenmeme yardımcı oldu.					
Konu başlıkları iyi seçilmişti.					
Ders süreleri anlatılan konular için yeterliydi.					
Eğitimin 1 gün sürmesi yeterliydi.					
Eğitim benim ihtiyaçlarımı karşıladı.					
Eğitimi diğer meslektaşlarıma öneririm					
Eğitmenlerin konu hakkındaki bilgileri güven vericiydi.					
Eğitmenler rahat bir eğitim ortamı yarattı.					
Eğitime genel olarak 1 ile 10 arasından kaç puan verirdiniz? (1 en düşük, 10 en yüksek puan olacak şekilde)					
Görüş ve Önerileriniz?					