

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN BİR GRUP ÇOCUK DİŞ HEKİMİNİN ÇOCUĞA
YÖNELİK FİZİKSEL İSTİSMAR KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Dt. Nermin ÖZGÜR

**Çocuk Diş Hekimliği Programı
UZMANLIK TEZİ**

ANKARA

2018

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN BİR GRUP ÇOCUK DİŞ HEKİMİNİN ÇOCUĞA
YÖNELİK FİZİKSEL İSTİSMAR KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Dt. Nermin ÖZGÜR

**Çocuk Diş Hekimliği Programı
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. S. Atilla ATAÇ**

**ANKARA
2018**

TEZ ONAY SAYFASI

28/12/2018

Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'na

Dt. Nermin Özgür'ün 28.12.2018 tarihinde jürimiz önünde yaptığı savunmasında "Türkiye'de Çalışan Bir Grup Çocuk Diş Hekiminin Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması jürimiz tarafından Diş Hekimliğinde Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Ayşegül ÖLMEZ
(Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi)

Tez Danışmanı : Prof. Dr. S. Atilla ATAÇ
(Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tülin İLERİ KEÇELİ
(Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi)

ONAY : Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıda jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. A. Rüya YAZICI
Dekan

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü/Dekanlık tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

11.12.2019

nsy (imza)
Öğrencinin Adı SOYADI
Nermin Özgin

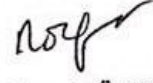
¹ "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü enabillim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü enabillim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
- Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kursları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü enabillim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. S. Atilla ATAÇ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Dr. Nermin ÖZGÜR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezimde desteğini ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. S. Atilla Ataç'a, tezime yaptığı katkılar ile yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. H. Cem Güngör'e,

Sonsuz bilgi ve tecrübelerini bana aktararak ufkumu açan ve bana yol gösteren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. M. Seval Ölmez, Prof. Dr. Meryem Uzamış Tekçiçek, Prof. Dr. Zafer C. Çehreli, Prof. Dr. Melek D. Turgut, Dr. Öğr. Üyesi Tülin İleri Keçeli, Dr. Öğr. Üyesi Beste Özgür ve Dr. Öğr. Üyesi Gizem Erbaş Ünverdi'ye,

Tez çalışmamdaki yardımları için Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan'a ve Prof. Dr. Elif Gökçaslan Çifci'ye,

Tezim konusunda tüm yardımseverliği ile bana her zaman yol gösteren Uzm. Dt. Elif Ballıkaya'ya,

Hacettepe Pedodonti ailesinin değerli uzmanları, Uzm. Dt. Cansu Özşin Özler ve Dr. Dt. Pınar Serdar Eymirli'ye,

Uzmanlık öğrencisi olarak buraya geldiğim ilk günden beri yanımda olan sevgili eş kıdemlerim Dt. Hayrunnisa Şimşek, Dt. Aslıhan İşcan, Dt. Özge Bektaş'a,

Bir arada çalışmaktan keyif aldığım çalışma arkadaşlarım; Dt. Seren Tuğçe Kargın, Dt. F. Dilara Tutar, Dt. Aysima Darıcı, Dt. Şeyma Öztürk, Dt. E. Fazilet Özdemir ve Dt. Rovshan İsmayilov'a,

Gösterdikleri içten sevgi ve arkadaşlık için, başta Hacettepe Pedodonti ailesinin değerli üyesi Aysun Usta olmak üzere, Güzide Semerci, Özlem Kale, Ezel Baltok, Sinan Altın, Canan Serçe, Aysel Delikaya'ya,

Sonsuz emek, sevgi ve destekleri ile beni bugünlere getiren ve her zaman yanımda olan aileme,

En içten teşekkürlerimle...

ÖZET

Özgür, N. Türkiye’de Çalışan Bir Grup Çocuk Diş Hekiminin Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2018. Fiziksel istismar, istismarın en çok görülen şeklidir. “Kaza sonucu olmayıp fiziksel travma veya yaralanmayla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimi” olarak tanımlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de çalışan çocuk diş hekimlerinin çocuğa yönelik fiziksel istismar ile ilgili bilgilerini değerlendirmek, fiziksel istismar olgularını fark etme ve bildirme konusunda yaşadıkları deneyimleri öğrenmektir. Araştırmamızda Türkiye’deki doktora veya uzmanlığını tamamlamış bütün çocuk diş hekimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. Türk Pedodonti Derneği’nden elde edilen 518 e-posta adresine hazırlanan elektronik anket formunun linki gönderilmiştir. Veri toplama süresi sonunda 212 kişi anketi cevaplamıştır (cevaplama yüzdesi %40,9). Lisans eğitimini 1997 ve öncesinde tamamlamış olan katılımcıların, çocuğa yönelik fiziksel istismar konusunda eğitim alma durumları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). 2011-2013 yılları arasında doktora/uzmanlık eğitimini tamamlamış olan katılımcıların, çocuk istismarı konusunda eğitim alma durumları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %43,9’u meslek hayatlarında çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelendiklerini belirtmiş ise de şüphelenenlerin yalnızca %29’u bir bildirimde bulunmuştur. “Nereye ve nasıl bildirimde bulunacağımı bilmiyordum.” en sık bildirmeme sebebi olarak belirtilmiştir. Devlet hastanesi veya ağız diş sağlığı merkezinde çalışan katılımcıların çocuk istismarından şüphelenme yüzdesi, diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %70,3’ü şüpheli istismar durumunda bildirimde bulunmayan veya bildirimde gecikme gösteren bir diş hekiminin karşılaşacağı yasal yaptırımını bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların yalnızca %15,6’sı çocuğa yönelik fiziksel istismarın tanılanması ve bildirimi için kendini yeterli bulmakta, %96,7’si ise bu konuda daha fazla bilgi ve eğitim almak istediğini belirtmektedir. Araştırma bulgularına göre, Türk çocuk diş hekimlerinin çocuğa yönelik fiziksel istismar konusundaki eğitim gereksinimlerinin karşılanması için çalışmalar yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk İstismarı, Fiziksel İstismar, Çocuk Diş Hekimi, İstismar Şüphesi, İstismar Bildirimi

ABSTRACT

Özgür, N. Determining the Level of Knowledge of a Group of Turkish Pediatric Dentists About Child Physical Abuse. Hacettepe University, Faculty of Dentistry, Specialty Thesis in Pediatric Dentistry, Ankara, 2018. Physical abuse is the best known form of abuse and is defined as any form of behavior that results in physical trauma or injury without an accident. The purpose of this research was to evaluate the level of information of Turkish pediatric dentists about child physical abuse and to learn their experiences about reporting and recognizing cases of physical abuse. Research has aimed to reach all pediatric dentists who have completed doctorate and specialty education in Turkey. The electronic link of the questionnaire was sent by e-mail to the addresses obtained from the Turkish Association of Pedodontics. 212 people returned the questionnaire, yielding a response rate of 40.9%. Participants who graduated from undergraduate education in 1997 and before were found to have significantly lower level of education about child physical abuse ($p < 0.001$). The participants who have completed doctorate/specialty education between 2011-2013 were found to have significantly increased level of education on child physical abuse when compared to the other groups. ($p < 0.05$). 43.9% of the respondents stated that they suspected physical abuse in their professional lives; however, only 29% of them have reported. The most common reason for not reporting was "I didn't know where and how to report." The rate of suspicion of child abuse was found to be significantly higher in respondents who were working in the state hospitals or oral health centers ($p < 0.05$). 70.3% of the respondents stated that they did not know the legal sanctions to be encountered by the dentist who did not report or delayed in reporting suspicion of child abuse. Only 15.6% of the respondents found themselves competent enough to diagnose and report the physical abuse against children. 96.7% of them state that they want to get more information and education on this matter. It was concluded that improved ways to meet the Turkish pediatric dentists' education need for child physical abuse should be sought.

Keywords: Child Abuse, Child Physical Abuse, Pediatric Dentist, Suspicion of Abuse, Reporting of Abuse

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk İstismar ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı	3
2.1.1. Duygusal ve Psikolojik İstismar	4
2.1.2. Cinsel İstismar	5
2.1.3. Çocuk İhmali	5
2.1.4. Fiziksel İstismar	6
2.1.5. Fiziksel İstismarın Tanısı ve Fiziksel Muayene	13
2.2. Çocuk İstismarında Diş Hekiminin Görev ve Sorumlulukları	24
2.3. Çocuk İstismarının Yasal Boyutu	24
2.3.1. Suçu Bildirmeme	25
2.3.2. Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi	26
2.3.3. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi	26
2.4. Çocuk İstismarı Durumunda Nasıl Bir Yol İzlenmeli?	26
3. BİREYLER VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Yeri	27
3.2. Araştırmanın Zamanı	27
3.3. Araştırma Tipi	27
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklemi, Araştırma Grubu	27
3.5. Değişkenler	27
3.6. Terim, Sınıflama, Kriterler	28
3.7. Araştırmanın Yöntemi, Veri Toplama Araçları ve Ön Deneme	30
3.8. Araştırma için Gerekli İnsan Gücü	30
3.9. Verilerin Toplanması	31

3.10. Verilerin Analizi	31
3.11. Etik Kurul Onayı	31
4. BULGULAR	32
4.1. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri	32
4.2. Katılımcıların Aldıkları Eğitimler ile İlgili Bazı Özellikleri	33
4.3. Katılımcıların Çalıştıkları İller ve Kurumlar	36
4.4. Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismarda Katılımcıların Bazı Risk Faktörlerini ve Riskli Durumları Değerlendirmesi	38
4.5. Katılımcıların Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismarla İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Değerlendirilmesi	41
4.6. Katılımcıların Meslek Hayatında Karşılaştıkları Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Şüphesi, Bildirimde Bulunulan Bazı Yerler ve Bazı Bildirimde Bulunmama Sebepleri	44
4.7. Katılımcıların Çocuğa Yönelik İstismar Bildiriminde Bulunmayan Diş Hekimlerine Uygulanan Bazı Yasal Yaptırımlarla İlgili Bilgi Düzeyleri	52
4.8. Katılımcıların Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Yeterliliklerinin Sorgulanması	53
4.9. Katılımcıların Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Bilgi ve Eğitim Sahibi Olma İsteklerinin Değerlendirilmesi	56
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. KAYNAKLAR	71
8. EKLER	
EK-1: Etik Kurul Onayı	
EK-2: Anket Formu	
EK-3: Tez Çalışması Orijinallik Raporu	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AAPD** : American Academy of Pediatric Dentistry
(Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi)
- ADSM** : Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- CPS** : Child Protection Service (Çocuk Koruma Servisi)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HEENT** : Head, eyes, ears, nose, and throat
(Baş, gözler, kulaklar, burun, boğaz)
- ISPCAN** : The International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
(Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği)
- NCANDS** : The National Health and Nutrition Examination Survey
(Amerika Ulusal Sağlık ve Beslenme Taraması)
- NESARC** : The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related
Conditions (Ulusal Alkol ve İlişkili Koşullar Ulusal Epidemiyolojik
Araştırması)
- NIS-4** : Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect
(4. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali İnsidans Çalışması)
- UNICEF** : United Nations International Children's Emergency Fund
(Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1. Katılımcıların yaş ve cinsiyete göre dağılımları (2018).	32
Tablo 4.2. Katılımcıların lisans ve doktora/uzmanlık eğitimini tamamladıktan sonra geçen süreye göre dağılımı (2018)	33
Tablo 4.3. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında, sonrasında ve lisans eğitimi sırasındaki çocuk istismarı ile ilgili eğitim alma durumları ve doktora/ uzmanlık sonrasında eğitim aldıkları kaynaklar	34
Tablo 4.4. Katılımcıların lisans eğitimi sonrası mesleki deneyim sürelerine göre lisans eğitimi sırasında çocuk istismarı hakkındaki eğitim durumları.	35
Tablo 4.5. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrası mesleki deneyim sürelerine göre doktora/uzmanlık eğitimi sırasında çocuk istismarı hakkındaki eğitim durumları	35
Tablo 4.6. Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı	36
Tablo 4.7. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre lisans eğitimleri sırasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı.	37
Tablo 4.8. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre doktora/uzmanlık eğitimleri sırasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı.	37
Tablo 4.9. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre doktora/uzmanlık eğitimleri sonrasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı.	38
Tablo 4.10. Katılımcılara sorulan aileye ait bazı fiziksel istismar risk faktörlerinin dağılımı.	39
Tablo 4.11. Katılımcılara sorulan çocuğa ait bazı fiziksel istismar risk faktörlerinin dağılımı.	40
Tablo 4.12. Katılımcılar tarafından çocuğun fiziksel istismara uğramış olabileceğini düşündüren bazı riskli durumların dağılımı	41
Tablo 4.13. Katılımcıların çocuğa yönelik fiziksel istismar ile ilgili 14-27 arasındaki bilgi sorularına verdikleri cevapların değerlendirilmesi.	42
Tablo 4.14. Katılımcıların meslek hayatlarında şüphelendikleri çocuk istismarı varlığı, bildirimde bulunmaları halinde başvurdukları yerler, bildirimde bulunmamaları halinde bildirimde bulunmama sebepleri.	45

Tablo 4.15.	Katılımcıların lisans eğitimleri sonrası mesleki deneyim sürelerine göre çocuk istismarından şüphelenme durumlarının dağılımı.	47
Tablo 4.16.	Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimleri sonrası mesleki deneyim sürelerine göre çocuk istismarından şüphelenme durumlarının dağılımı.	47
Tablo 4.17.	Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme durumlarının dağılımı.	48
Tablo 4.18.	Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme durumlarının dağılımı.	48
Tablo 4.19.	Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme durumlarının dağılımı.	48
Tablo 4.20.	Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre meslek hayatlarında çocuk istismarından şüphelenme durumlarının dağılımı.	49
Tablo 4.21.	Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.	49
Tablo 4.22.	Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.	50
Tablo 4.23.	Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.	50
Tablo 4.24.	Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre çocuğa yönelik istismardan şüphelenmeleri halinde bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.	51
Tablo 4.25.	Katılımcıların istismar şüphesi durumunda bildirim yapacaklarını belirttikleri yerler.	51
Tablo 4.26.	Katılımcıların bildirimde bulunmayan dış hekimlerinin karşılaştığı yasal yaptırımlarla ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi.	52

Tablo 4.27.	Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre yasal yaptırımla ilgili “bilmiyorum” seçeneğini işaretleme durumlarının dağılımı.	53
Tablo 4.28.	Katılımcıların çocuk istismarı konusunda kendilerini yeterli bulma durumları.	53
Tablo 4.29.	Katılımcıların doktora/uzmanlık sonrası mesleki deneyim sürelerine göre kendilerini çocuk istismarı konusunda yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması.	54
Tablo 4.30.	Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre kendilerini istismar konusunda yeterli bulma durumlarının dağılımı.	54
Tablo 4.31.	Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre kendilerini istismar konusunda yeterli bulma durumlarının dağılımı.	55
Tablo 4.32.	Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre çocuğa yönelik istismarla ilgili kendilerini yeterli bulma durumlarının dağılımı.	55
Tablo 4.33.	Katılımcıların fiziksel istismar konusunda bilgi ve eğitim sahibi olma istekleri, bilgi ve eğitim sahibi olmak istenen yerler, kurumlar ve kişiler.	56

1. GİRİŞ

UNICEF'in Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre, 18 yaşın altındaki her birey çocuktur. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1. maddesinde, çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde; 18 yaşını bitirmemiş kişiler “çocuk” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım Türk Medeni Kanunu'nda kullanılan “küçük” kavramını kapsamaktadır (1). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 20 Kasım 1989'da kabul ettiği “Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” sine belirtildiği gibi bu haklar “eğitim, sağlık, yaşama, barınma; fiziksel, psikolojik veya cinsel sömürüye karşı korunma” gibi temel kavramları içermekte ve çocukların sağlıklı bir yaşam sürmesini desteklemektedir (2).

Çocuk istismarı ve ihmali oldukça sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur (3-6). Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır (7). Çocuk istismarı kavramı ise ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın, hapisteki mahkûmların ne kadarının çocuğa şiddet uygulama nedeniyle ceza aldıklarını araştırması sonucu ortaya çıkmış ve araştırma sonucunda elde ettiği veriler, çocuk istismarı kavramının ortaya atılmasını sağlamıştır (5, 8, 9). Çocuk istismarıyla ilgili yapılan tıbbi tanım sonrası 1940'lı yıllarda Dr. John Caffey, kronik subdural hematomları olan çocukların çeşitli iyileşme aşamalarında çoklu kırıklara sahip olduklarını gözlemlemiştir. Bu gözlem sonucunda, 1946 yılında “Caffey Sendromu” tanımlamasını yapmıştır. Dr. C. Henry Kempe ise 1961 yılında “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” tanımlamasını yapmıştır (10, 11).

Çocuğa yönelik fiziksel istismar ise ‘bir kaza olmaksızın, fiziksel travma ya da yaralanmalarla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimi’ olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel istismar, ihmalden sonra en sık karşılaşılan ve genellikle en çok tanınan çocuk istismarı biçimidir (12).

Sağlık personelleri arasında diş hekimleri, çocuğa yönelik fiziksel istismarı tanılamak ve bildirmek için en uygun konumda bulunmaktadır. Çünkü bildirimde bulunulan çocuk istismarına bağlı yaralanmaların %50-70'i ağız bölgesini, yüzü ve boynu içermektedir. Ayrıca diş hekimleri meslekleri gereği, çoğu zaman hastalarıyla ve hastalarının ebeveynleriyle sürekli bir iletişim halinde olmaktadır. Bu durum, diş hekimine yalnızca çocuğun fiziksel ve psikolojik durumunu değil, aynı zamanda çocuğun ailesini de gözlemeleme fırsatı vermektedir (13). Bu uygun konuma rağmen, fiziksel istismara maruz kalan bir çocuğa fiziksel istismar tanısının konmaması ya da

atlanması, çocuğun gelecekteki yaşamını etkileyebilmektedir. Hatta çocuk için yaşam ya da ölüm meselesi haline gelebilecek ciddi bir durum olabilmektedir (14).

Bu çalışmanın amacı; Türk çocuk diş hekimlerinin çocuğa yönelik fiziksel istismar ile ilgili bilgilerini değerlendirmek, fiziksel istismar olgularını fark etme ve bildirme konusunda yaşadıkları deneyimleri öğrenmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İstismar ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmali ve istismarı; 18 yaşın altındaki çocukların sağlığını, sağ kalımını, gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü davranışlardır (15).

Çocuk İstismarını Önleme ve Tedavi Etme Hareketi ise çocuk istismarını "Ebeveyn ya da bakıcının; çocukta ölüm, ciddi fiziksel veya duygusal zarar, cinsel istismar veya sömürü ile sonuçlanan eylemi ya da ihmal" ya da "çocukta ciddi yaralanma riski oluşturan eylem ya da ihmal" olarak tanımlamaktadır (16).

Bazı uzmanlar, bir ebeveynin eylemlerinden dolayı yanlışlıkla zarar gören çocukları istismara uğramış olarak tanımlarken, diğerleri ise, çocuğun zarar görmesini amaçlayan herhangi bir eylemin, istismar olarak tanımlanması gerektiğini düşünmektedir (17-19).

Çocuğun maruz kaldığı şiddet biçimleri, özellikle çocuğun ev dışındaki dünyayla etkileşime girmesiyle birlikte, yaş ve gelişim aşamasına göre değişim göstermektedir (20, 21). Bebekler ve küçük çocuklar, diğer aile fertlerine ve bakımını üstlenen kişilere bağımlı olduklarından ve ev dışı dünyayla sınırlı iletişimleri olduklarından bakımlarını üstlenen kişiler tarafından mağdur edilmeleri daha olasıdır. (20). Çocuklar büyüdükçe bağımsızlaşırlar, ev dışında ve aileden uzakta daha fazla zaman harcamaya başlarlar. Bu nedenle daha büyük çocuklar genellikle evlerinin ve ailesinin dışındaki insanlar tarafından mağdur edilmektedir (22).

Ev ve aile ortamında çocuklar, tecavüz ve diğer fiziksel şiddet eylemleri, cinsel şiddet, zarar veren örf ve adetler, aşağılama ve diğer psikolojik şiddet türleri ve ihmale maruz kalabilmektedirler. Fiziksel şiddetin yanı sıra çocuğa arkadaşlarından, komşularından gelebilecek zararın önüne geçmeme, sağlık hizmetlerinden yararlandırmamak da çocuğun maruz kaldığı şiddet biçimlerindedir (22).

Çocuk istismarı dört çeşide ayrılmıştır:

1. Duygusal ve Psikolojik İstismar
2. Cinsel İstismar
3. Çocuk İhmali
4. Fiziksel İstismar

Bu yazıda çocuk istismarının belirtilen ilk üç çeşidinden kısaca bahsedilecek ve özellikle fiziksel istismar üzerinde durulacaktır.

2.1.1. Duygusal ve Psikolojik İstismar

Çocuğun duygusal bütünlüğünü bozan her türlü kronik eylem ya da eylemsizliktir. Çocuğun yapabileceklerinin üstünde istek ve beklentiler içinde olmak veya saldırgan davranmak olarak da tanımlanmaktadır (23, 24).

Çocuğa küfür etmek, yalnız bırakmak, kandırmak, korkutmak, tehdit etmek, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamamak, alaycı davranmak, aşağılamak duygusal ve psikososyal istismar şekilleridir. Bunun yanında çocuğu aşırı korumak, fazla otorite kurmak, kardeşler arasında ayrımcılık yapmak, ağır şekilde cezalandırmak ve iz bırakmasa da yüze şiddet uygulamak gibi eylemler de duygusal istismar grubunda yer almaktadır (23).

Gündelik yaşamda en sık rastlanan, tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması en zor olan istismar türüdür (25-27). Tanımlanması zor bir istismar türü olması nedeniyle, aşağıdaki sınıflamanın kullanılması önerilmektedir (28):

Reddedici tutum: Çocuğa değer vermemek ve ihtiyaçlarını görmezden gelmektir.

Korkutucu/Yıldıran tutum: Çocuğa yönelik sözel saldırıda bulunmak, zorbalık ve tehditlerle korkmasına sebep olmak, çocuğu tehlikeye sokan davranışlarda bulunmaktır.

İhmal edici tutum: Çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılıksız bırakmak, çocuğa karşı pozitif bir davranışta bulunmamaktır.

İzole edici tutum: Çocuğu kendi yaşlıları veya yetişkinlerle iletişim kurmasını engellemektir.

Yozlaştırıcı tutum: Çocuğa uygunsuz, yasal olmayan davranışlar öğretmektir.

Sözel saldırı: Çocuğa yönelik küçük düşürme ve tehdit etme davranışlarını içermektedir.

Yetişkinleştirici tutum: Çocuğun kendi yaşından beklenen davranışlarını eleştirmek, çocuktan bir yetişkinin yapabileceği şeyleri istemektir.

2.1.2. Cinsel İstismar

Çocuklarda cinsel istismar ilk olarak Dr. Ruth Kempe ve Dr. Henry Kempe (1978) tarafından "bağımlı ve gelişimini tamamlamamış çocuk ve ergenlerin bilinçli olarak onaylamadıkları, algılayamadıkları veya ailevi rollere ters düşen cinsel aktivitelere zorlanması" olarak tanımlanmıştır (29).

Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN), çocukların cinsel istismarını, onay verecek yaşın altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da bu davranışın görmezden gelinmesi olarak tanımlamıştır (30).

Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında 18 yaşın altındaki 150 milyon kız ve 73 milyon erkeğin cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Cinsel istismar genellikle aile üyeleri, çocuğun aile evinde ikamet eden ya da evini ziyaret eden diğer kişiler, çocuklar tarafından güvenilen ve çoğu zaman çocuğun bakımından sorumlu kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (22).

2.1.3. Çocuk İhmal

Bir çocuğun yiyecek, giyecek, barınak, tıbbi bakım, eğitim ve denetim gibi temel gereksinimlerine karşı gösterilen dikkatsizlik, çocuk ihmalini oluşturabilmektedir (31).

Fiziksel istismar dönemsel olarak görülürken, ihmal ise kronik olma eğilimindedir. İhmalin belirlenmesinde çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi önemlidir. Çocuğun gözetim altında olmadığı veya okula gitmediği durumlarda çocuğa verilen sorumluluklar, ebeveynlerin nerede olduğu, anne-babanın niyetinin iyi ya da kötü olması ile ilgili olabilir (31).

Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (AAPD); "çocuğun enfeksiyona maruz kalmaması, ağrı çekmemesi ya da yeterli ağız fonksiyonuna sahip olması için ebeveyn veya bakıcının kasıtlı olarak, gerekli tedavi arayışı ve takibinde bulunmamasını 'dental ihmal' olarak tanımlamaktadır (32).

Dental ihmal; tıp ve diş hekimliği hizmetleri, yeterli beslenme, yeterli gıda, giyim, kültürel ve dini farklılıklar, yoksulluk, toplum gereksinimleri ve standartları ve bu ihmal düzeyinin çocuğun fiziksel sağlığı üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (31).

2.1.4. Fiziksel İstismar

Çocuğun fiziksel istismarı, bir çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması olarak tanımlanmaktadır (12). Çocuk fiziksel istismarı, ihmalden sonra en sık karşılaşılan ve genellikle en çok tanınan çocuk istismarı biçimidir. Bu istismar türü sıklıkla bir ebeveynin öfkesinden veya öfke kontrolü eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Çocuğun yaşı, durumu veya gelişim seviyesi için uygun olmayan cezalar da fiziksel istismar olarak adlandırılmaktadır (31, 33).

Sarsılmış Bebek Sendromu

Fiziksel istismar bebeklerde görülen ciddi kafa travmalarının en yaygın sebebiyken, fiziksel istismar başlığı altında incelenen sarsılmış bebek sendromu ise çocuk istismarından kaynaklanan ölümlerin veya ciddi nörolojik yaralanmaların en yaygın nedenidir (34, 35).

Çok ağlayan iki yaşından küçük bebeğin ebeveyn ya da bakıcısında yol açtığı öfke temel risk faktörüdür. Öfkesini kontrol edemeyen ebeveyn ve bakıcının bebeği kollarından ya da göğüs kafesinden tutarak sertçe öne arkaya sarsması sonucu klinik bulgular ortaya çıkmaktadır (35).

Dışarıdan bakıldığında yaralanma bulgusu görülmemesine karşın çocukta subdural ve/veya subaraknoid kanama olmaktadır. Sarsma sırasında bebek kollarından sıkıca tutulduysa kollarda ve göğüs kafesinde küçük kırıklar görülebilmektedir. Ayrıca damarlardaki yırtılma sonucunda ortaya çıkan, ancak kitle etkisi göstermeyen subdural ve/veya subaraknoid kanama da bu sendromun bulgularına eşlik etmektedir (35).

Tıbbi Çocuk İstismarı (Munchausen by Proxy Sendromu)

Munchausen by Proxy Sendromu çocuk ihmaline fiziksel ve duygusal istismarın da eşlik ettiği bir sendromdur. Sağlıklı oldukları halde ebeveynleri (özellikle anneleri) tarafından hasta oldukları ileri sürülen veya hasta edilen çocuklar için Munchausen by Proxy Sendromu tanımlaması yapılmıştır (36).

Bu sendromun dört belirtisi bulunmaktadır (37):

1. Ebeveyn veya bakıcı sürekli olarak hastalık uydurmaktadır.
2. Çocuk tıbbi değerlendirme için sürekli hastaneye getirilir ve genellikle birçok prosedüre maruz kalmaktadır.
3. Ebeveyn ya da bakıcı, çocuğun hastalık sebebini reddetmektedir.
4. Çocuk ve ebeveyn ya da bakıcı ayrıldığında hastalık belirtileri durur.

Fiziksel İstismarın Prevalansı

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005-2006 yılında yapılan 4. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali İnsidans Çalışması'na (NIS-4) göre 1.25 milyondan fazla çocuk (tahmini 1.256.600 çocuk) ihmal ve istismara maruz kalmıştır. Bu durum Amerika Birleşik Devletleri'ndeki her 58 çocuktan birine karşılık gelmektedir. Çocukların %44'ü veya tahmini toplam olarak 553,300'ü istismar edilmiştir, %61'i veya tahmini toplam olarak 771,700'ü ihmal edilmiştir. İstismar ya da ihmale uğrayan çocukların %24'ü cinsel istismara uğramış, %27'si ise duygusal istismara uğramıştır. İhmale uğrayan çocukların ise %47'si eğitim ihmali, %38'i fiziksel ihmal, %25'i ise duygusal ihmal yaşamıştır. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların %58'i ya da yaklaşık olarak 323.300'ü fiziksel istismara maruz kalmıştır (38).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi'nden (NCANDS) 2015 yılında elde edilen verilere göre, 49 eyalette toplam 1.585 ölüm vakası rapor edilmiştir. Genel nüfusa göre yüzdesine bakıldığında; her 100.000 çocuğun %2,25'i istismar ya da ihmalden ölmekte yani diğer bir deyişle her gün istismar veya ihmalden ortalama beş çocuk ölmektedir (39).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Çocuk Koruma Servisi (CPS), çocuklara yönelik istismardan şüphe edilen her yıl yaklaşık 2 milyondan fazla raporu araştırmaktadır ve bunların %18'i fiziksel istismara ilişkin şüpheleri içermektedir. Soruşturma sonrasında ise 650.000'den fazla çocuğun istismar mağduru olduğu görülmektedir. Her yıl istismar sebebiyle 1500'den fazla çocuk ölmektedir. Bu

ölümlerin çoğunluğu (%80), 4 yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir. Resmi çocuk refahı istatistikleri, son yıllarda çocuk fiziksel istismar yüzdelerinde tutarlı bir düşüş olduğunu göstermektedir, ancak bu raporlar yalnızca devlet Çocuk Koruma Servisi ajansları tarafından araştırılan ve onaylanan vakaları temsil etmektedir (40). Çocukluk deneyimlerine ilişkin yetişkin raporları, fiziksel istismarın herhangi bir pediatrik veri kaynağında bildirilen istatistiklerden daha yaygın olduğunu göstermektedir. Yetişkin ABD nüfusunun ulusal temsili bir örneği olan Ulusal Alkol ve İlişkili Koşullar Ulusal Epidemiyolojik Araştırması (NESARC) verilerine göre, Amerikan yetişkinlerinin % 17,6'sının çocukluk döneminde fiziksel olarak istismar edildiği tahmin edilmektedir (7). 1986 yılında ABD'nde, şiddetli istismara uğrayan çocukların %50'sinin, uygun terapötik önlemler alınmadığı takdirde, tekrarlayan travmadan öleceği kabul edilmiştir (41).

Türkiye'de Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF tarafından 2008 yılında altı ilde yürütülen niteliksel araştırma, bulunduğu bölgenin sosyokültürel örgülerini en iyi yansıttığı varsayılan İstanbul, Samsun, Konya, Şanlıurfa, Adana ve Erzurum'da gerçekleştirilmiştir. Bu illerde toplam 235 katılımcı ile 30 grup çalışması gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, 7-18 yaş arası görüşülen çocuklara son bir yıl içinde tanık oldukları farklı istismar türleri ve bunlara nerelerde tanık oldukları sorulmuş ve Türkiye'de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %56'sının fiziksel istismara tanık olduğu öğrenilmiştir. Türkiye'deki 7-18 yaş grubu çocukların, son bir yıl içinde maruz kaldıkları, deneyimledikleri istismar irdelenmiş ve fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin yüzdesi %45 olarak bulunmuştur (42).

Fiziksel İstismarı İçin Risk Faktörleri

Ebeveyn ya da Bakıcıya Ait Risk Faktörleri

Ebeveynler veya bakıcılar için risk faktörleri genellikle maddi, manevi ve sosyal olarak imkanların eksikliğine karşılık gelmektedir. Çocuklarını istismar eden çok sayıda ebeveyn veya bakıcı, kendilerini istismar mağduru olarak veya ebeveyn ya da bakıcısıyla zayıf bir bağa sahip olarak tanımlamıştır. Yapılan araştırmalara göre; aile içi şiddete tanık olan çocukların, anksiyete, depresyon, kötü okul performansı, düşük özgüven, kabuslar ve fiziksel sağlık şikayetleri gibi birçok duygusal ve davranışsal sorun için daha yüksek risk altında olduğu belirlenmiştir (43-45).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005-2006 yılında yapılan 4. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali İnsidans Çalışması'na (NIS-4) göre fiziksel istismara uğrayan çocukların %71'inin biyolojik ebeveynleri tarafından istismara uğradıkları belirtilmiştir. Ancak istismar eden kişi çocuğun ebeveyni olmadığında çocuğun ciddi zarar görme riskinin daha fazla olduğu açıklanmaktadır. İstismara uğrayan çocukların %68'i bir kadın tarafından istismar görülürken, %48'i bir erkek tarafından istismara maruz kalmıştır. Biyolojik ebeveynleri tarafından istismara maruz kalan çocuklar daha çok anneleri tarafından istismar edilirken; biyolojik olmayan ebeveynleri, ebeveynlerin partnerleri veya diğer kişiler tarafından istismara uğrayan çocuklar ise erkekler tarafından istismar edilmektedir. (38).

İstismar eden anne babalar, çocuklarının duygusal ya da gelişimsel ihtiyaçları hakkında bilgi ya da anlayış sahibi olamamaktadır. Çocuklarından yapabileceklerinin daha fazlasını beklemekte ya da çocuklarına karşı olumsuz tutumlarda bulunmaktadır. Anne ve babanın birbiriyle ya da diğer yetişkinlerle problem yaşaması çocuk istismarını daha da şiddetlendirmektedir (45).

Ebeveyn ya da bakıcının sağlık sorununun bulunması özellikle depresyon ve anksiyete için bir risk faktörüdür. Geniş ailelerde istismar riski en fazla olmakla birlikte (dört çocuk ya da daha fazlası) bu durumu tek çocuklu veya üç çocuklu aileler takip etmiş ve iki çocuğa sahip ailelerdeki istismar yüzdesi ise en az olarak bulunmuştur. Sosyal izolasyon, tek ebeveyn olma, tek ebeveyn olup bir başkasıyla birlikte yaşama, genç ebeveyn olma (26 yaş altı), zayıf bir sosyal çevreye sahip olma, ebeveyn ya da bakıcıda zihinsel sağlık problemlerinin bulunması çocuk istismarını artıran risk faktörlerindedir. Alkol ve uyuşturucu bağımlılığı da çocuk istismarına en çok neden olan risk faktörüdür; çünkü hem diğer risk faktörlerini etkilemekte hem de başlı başına çocuk istismarına sebep olmaktadır (31, 38, 45).

Emekli, engelli, ev hanımı ya da doğum izninde, hastanede, hapisanede olan, yani bir işi olmayan ebeveynlerin çocuklarının istismara maruz kalma riski bir işe sahip olan ebeveynlerin çocuklarından daha fazla olarak belirtilmiştir. Ayrıca büyükanne ve/veya büyükbabası tarafından bakılan çocukların bakılmayan çocuklara göre daha düşük fiziksel istismar yüzdelere sahip olduğu görülmüştür (38).

Düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerde yaşayan çocuklar, Amerikan 4. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali İnsidans Çalışması'na (NIS-4) göre daha fazla

istismar yüzdesine sahiptir. Ayrıca kırsal bölgede büyüyen çocukların, şehirlerde büyüyen çocuklara göre daha fazla istismara uğradığı bulunmuş; ancak sosyoekonomik düzey ve geniş aile faktörlerinin dağılımı net olarak yapılamadığından bu yargıya şüpheli olarak yaklaşılmıştır (38).

Çocuğa Ait Risk Faktörleri

Çocuk fiziksel istismarı, her yaştan, her ırktan ve sosyoekonomik düzeyden çocukları etkilemektedir (46, 47). Çocuklar için risk faktörleri uterus başlanmaktadır; örneğin bir annenin hamilelikte kullandığı alkol, sigara ve uyuşturucu maddeler, çocuğun toksinlere maruz kalmasına neden olmakta ve bu durum da çocuğun yaşam boyu zihinsel ve duygusal olarak gelişim yetersizliğine neden olabilmektedir (45).

0-2 yaş arası çocuklar diğer yaş gruplarına göre daha az istismara maruz kalmaktadır. Ancak 0-2 yaş arası çocuk grubu, okul çağı çocuklarına göre daha az gözlemlenebilir olduğundan, bu verilerin gerçeği tam olarak yansıtmadığı ifade edilmektedir (38).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005-2006 yılında yapılan 4. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali İnsidans Çalışması'na (NIS-4) göre neredeyse tüm vakalarda siyahi çocuklara yönelik istismar yüzdeleri, Amerika'daki beyaz ve İspanyol çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur (38).

Erkekler, kızlara göre ve genel olarak ergenler, diğer yaş gruplarına göre daha fazla fiziksel istismara maruz kalmaktadır (48). Bununla birlikte, küçük boyutları ve savunmasızlıkları nedeniyle bebekler ve küçük çocuklar, ölümcül ve ciddi fiziksel istismar açısından en yüksek risk grubundadır (39). Bebeğin düşük doğum ağırlığı ile doğması da istismar için risk artırıcı faktörlerdendir (31).

Okula giden çocukların fiziksel istismara uğrama riski okula gitmeyen çocuklardan daha fazla olarak belirtilmiştir (38). Mizacı sert olan çocuklar istismar ve ihmale daha fazla maruz kalma eğilimindedirler; çünkü diğer çocuklara göre daha fazla zorluk çıkartmaktadırlar (45). Çocuğun ikiden daha fazla kardeşinin olması da istismar riskini arttırmaktadır (31).

Ayrıca, bakıcılara karşı daha az duyarlı olabilecekleri ve özel ihtiyaçları göz önüne alındığında ek stres sebebi olabileceklerinden, gelişimsel, zihinsel ve fiziksel engelli çocukların da istismara maruz kalma riski daha fazladır (38, 45). Ebeveyn ya

da bakıcı tarafından daha önce istismara uğramış çocukların yeniden istismara maruz kalma riskleri fazladır (45).

Topluma Ait Risk Faktörleri

Komşuluk ilişkilerinin stresli olması veya çocuğun stresli bir ortamda büyümesi, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir ve bir çocuğun istismara uğraması için ortam yaratabilir. Ebeveynin işsiz olması ve evsizlik de dahil olmak üzere diğer durumlar, çocuk istismarı için çevresel risk faktörlerindedir. Irk, ekonomik ya da kültürel ayrımcılık, çocuklar ve aileler için çocuk istismarı risklerini potansiyel olarak arttıran büyük bir risk faktörü oluşturmaktadır (45).

Fiziksel İstismarın Koruyucu Faktörleri

Ebeveyn ya da Bakıcıya Ait Koruyucu Faktörler

Risk faktörlerinin aksine, ebeveynler ve bakıcılar için koruyucu faktörler maddi, duygusal ve sosyal kaynaklar ile ilişkilidir. Erken kurulmuş güçlü ebeveyn-çocuk ilişkileri, bir çocuğu bir ebeveyn veya bakıcıdan gelebilecek istismar davranışına karşı bilinçlendirmektedir. Bu koruyucu faktör, bir ebeveynin veya bakıcının kendi ebeveynleri veya bakıcılarıyla olan ilişkilerine bağlı bir faktördür. Çocuğun özgürlüğü kısıtlanmadan büyümesi, güvenli ebeveyn-çocuk ilişkileri geliştirebileceği destekleyici arkadaş ve aile bağları kurması çocuğu istismar olaylarından korumaya yardımcı olur. Ayrıca çocuğun farklı yaşam dönemlerinde değişen ihtiyaçlarıyla ilgili olarak ailenin ve toplumun bilgi sahibi olması, çocuğu istismara karşı korumaya yardımcı olabilmektedir (45).

Çocuğa Ait Koruyucu Faktörler

Doğum öncesi dönem de dahil olmak üzere sağlıklı gelişim, bir çocuğun bilişsel ve sosyal olarak gelişimine yardımcı olmasının yanı sıra çocuk istismarına karşı korunmasına da yardımcı olur. Çocuğun gösterdiği olumlu değişimlerin desteklenmesi, güvenli bir ebeveyn-çocuk ilişkisi oluşturmasını sağlamaktadır. Uygun davranış ve yeterli bilişsel yetenekler, bir çocuğun ebeveyni ya da bakıcısıyla yaşadığı stresi azaltıp; aynı zamanda yaşlılarıyla olan ilişkisini de düzenlemektedir (45).

Topluluğa Ait Koruyucu Faktörler

Destekleyici geniş aile ve komşuluk ilişkileri, çocuklar ve aileler için koruyucu ortamlar oluşturmaya yardımcı olmaktadır. Özellikle de ebeveynler veya bakıcılar için destek sunan toplum kuruluşları, evdeki stresin azaltılmasına yardımcı olabilir; ayrıca

çocuklar ve ebeveynleri veya bakıcıları arasındaki sağlıklı ilişkileri güçlendirmeye yardımcı olabilir. Ek olarak, çocukların yaşlılarıyla kurduğu olumlu ilişkiler ve yeterli eğitim sağlıklı bir topluluğun temel bileşenleridir (45).

Çocuk istismarının önlenmesinde ebeveyn ya da bakıcıya ait, çocuğa ait ve topluma ait koruyucu faktörlerin yanı sıra hekimler de istismarın önlenmesinde büyük rol oynamaktadırlar.

Çocuk İstismarının Önlenmesi

Çocuk istismarı ve ihmali; bir çocuğu hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilediğinden önlemek gerekmektedir. Özellikle erken müdahale, istismar ya da ihmal gerçekleştikten sonraki önlemeden daha etkili olabilmektedir. Aileyi desteklemek ve ebeveynlik yeteneklerini güçlendirmeye yönelik yapılan erken müdahale, daha etkili ve uygun maliyetli olmaktadır (49).

Dikkatli tıbbi değerlendirme ile istismar tanısının konması ve istismarın bildirilmesi bebeklerde ve ergenlerde tekrarlayan istismarı önleyebilmektedir (50). İki yaşından küçük olup istismar tanısı alan bebeklere yönelik yapılan bir çalışmada bu bebeklerin %75'inin daha önce de istismara uğradığı belirtilmiştir (51). Çocuk istismarı tespit edilemezse ya da müdahale edilmezse çocuk istismarının % 35 'inin tekrarladığı tespit edilmiştir (52).

Çocuk istismarının önlenmesinde başarının sağlanması için sorunun tüm yönleriyle ele alınması gerekmektedir. Bu sebeple, uygulanan sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır:

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmetleri, risk gruplarına odaklanmaksızın sosyokültürel faktörlerin, anne ve çocuğun özelliklerinin ve istismarı başlatabilecek nedenlerin belirlenmesini içermektedir. Sağlıkla ilgili ev ziyaretleri ve pratisyen hekimler tarafından sağlanan çocuk sağlığı taramaları, cinsel istismarın önüne geçilmesi için yapılan okul ziyaretleri birinci basamak sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilmektedir (36, 53).

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti

İkinci basamak sağlık hizmeti; öncelikle risk taraması yapılarak toplumdaki çocuk istismarı riskinin yüksek olduğu kesimleri hedeflemektedir. Risk taraması; bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki ağlama problemi veya tuvalet eğitimi gibi

spesifik olarak yaygın olan durumları içermektedir. Bu tür stresli durumlarla başa çıkması gereken ebeveynlere uygun rehberliğin sağlanması ikinci basamak sağlık hizmetinin görevlerindedir. Risk grubu içerisinde olan ailelerin kayıt altında olmaları sağlanmalı ve sonrasında ise çocuk gelişimi, eğitimi gibi konularda danışmanlık ve bilgilendirme yapılmalıdır. Örneğin, sosyal olarak izole olduğu tespit edilen ve fiziksel engelli çocuğu bulunan bir aileye, benzer durumdaki ailelerle sağlanan sosyalleşme fırsatı istismar riskini büyük oranda azaltmaktadır. Bu düzenlemelerin aynı zamanda çocuk istismarı konusunda farkındalık yaratılması açısından büyük önem taşıdığı belirtilmiştir (36, 53).

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti

Üçüncü basamak sağlık hizmetinde, çocuğun yeniden istismara uğramasının önlenmesi ve psikolojik hasarın en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sağlık hizmeti tedavinin yanı sıra çocuk istismarının tanısını ve hukuki bildirimlerin yapılmasını içermelidir (53).

Hekimlerin üçüncü basamak sağlık hizmetinin gerekliliklerini yerine getirebilmeleri için deneyim ve bilgilerini kullanarak fiziksel istismar tanısını koyabilmeleri gerekmektedir.

2.1.5. Fiziksel İstismarın Tanısı ve Fiziksel Muayene

Çocuğa uygulanan fiziksel istismar tanısını koymanın en önemli ilk adımı; bu durumun olma ihtimalini düşünerek hastaya yaklaşmaktır. Çünkü tanının konmaması ya da atlanması, çocuğun gelecekteki yaşamını etkileyebilmektedir. Hatta çocuk için yaşam ya da ölüm meselesi haline gelebilecek ciddi bir durum olabilmektedir (14).

Fiziksel istismar aynı zamanda başarısız ebeveynliğin de bir belirtisidir. Fiziksel istismara yapılan müdahalenin amacı, başarısız ebeveynlik ve anormal aile dinamiklerini teşhis ve tedavi etmektir. Bu yüzden fiziksel istismarın ortaya çıkartılması, duruma müdahale edilebilmesi için bir fırsat yaratmaktadır (14).

Aşağıdaki listede fiziksel istismar tanısı konabilmesi için sekiz klasik gösterge yer almaktadır. Bu göstergelerin hiçbiri kendi başına patognomonik değildir ve bu göstergelerden herhangi birinin yokluğu, fiziksel istismarın teşhisini engellememektedir (54, 55):

1. Tıbbi yardım almada gecikme olmuştur, ya da tıbbi yardım aranmamıştır.

2. "Kaza"nın hikayesi belirsizdir, ayrıntılar eksiktir ve hikâye kişiden kişiye farklılık göstermektedir.
3. Kazanın oluş şekli ile oluşan yaralanmanın şekli uyumlu değildir.
4. Ebeveynlerin davranışları anormaldir. Normal ebeveynler çocuğu için kaygılanırken, istismar eden ebeveynler öncelikle kendi problemleriyle ilgilenirler.
5. Ebeveynlerin davranışları endişeye yol açacak şekilde öfkelidir.
6. Çocuğun ebeveynleri ile iletişimi anormaldir. Çocuk üzülmüş, bitkin veya korkmuş görünebilir.
7. Çocuk, kaza ile ilgili olarak ebeveynin anlattığından farklı bir şey söylemektedir.
8. Çocuğun fiziksel ya da gelişimsel yetenekleri ile tutarsız kaza hikayesi vardır.

Bu göstergeler içerisinde; kazanın oluş şekli ile yaralanmanın uyumlu olup olmaması ve çocuğun fiziksel ya da gelişimsel yetenekleri ile tutarsız kaza hikayesinin olup olmamasının başlıca değerlendirilmesi gereken iki gösterge olduğu belirtilmiştir (36). Göstergeler eşliğinde, istismar şüphesi taşıyan çocuklara istismar tanısı koyma ve raporlama yetkisi olan sağlık çalışanları; öncelikle bu şüpheyi taşıyan çocuklarla konuşmalıdırlar. Bununla birlikte, istismara dair tüm ayrıntıları öğrenmek için çocukla bir sorgulama içerisine girmemeli ve durumu mutlaka rapor etmelidirler (31).

İstismar şüphesinin açığa çıkartılmasında multidisipliner yaklaşım esastır. Adli tıp uzmanlarının yanı sıra, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve çocuk cerrahisi uzmanlarının, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının desteğini almak gerekmektedir. İstismara uğrayan çocuğun ailesinde psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. Konu uzmanlarla ve hukuki boyutta değerlendirildiğinde sağlıklı bir sonuç elde edilebilmektedir (56). Diş hekimleri ve özellikle çocuk diş hekimleri de, istismar vakalarını teşhis etmek ve bildirmek için çok önemli bir konumdadır. Çocuk diş hekimleri, diğer hekimlere çocuk istismarının ağız ve dental bulguları hakkında bilgi ve yardım sağlayabilmektedirler (57).

Çocuğun fiziksel muayenesinden önce ayrıntılı hikayesinin çocuk psikiyatristi tarafından tamamen alınmış olması gerekmektedir (56). Mümkünse çocukla yalnızken görüşme yapılmalı, sorulan sorular ve çocuğun cevapları kayıt altına alınmalıdır. Böylece çocukla görüşmelerin tekrarlanması ve çocuğun yeniden travmatize olması

önlenmiş olur. Görüşmenin güvenli ve sessiz bir ortamda, sakin bir ses tonuyla yapılması önerilmektedir. Öncelikle çocuğun gözüyle aynı hizaya gelinecek şekilde oturularak anlayabileceği bir dille, görüşmenin amacı anlatılmalıdır. İstismarı kimin, nasıl ve ne zaman yaptığı sorgulanmamalıdır. Onun yerine çocuğa açık uçlu sorular sorulması, çocuğun anlattıkları karşısında abartılı tepkiler verilmemesi ve soruların “bir şeyler daha söylemek ister misin?” veya “daha sonra ne oldu” şeklinde sorulması önerilmektedir. Bu tip sorgulama kanuni açıdan da daha kabul edilebilirdir (8, 58, 59).

Çocuğun yaralanma öncesi, sırası ve sonrasında davranışları ve tepki düzeyi hakkında bilgi toplanmalıdır. Çünkü istismar mağduru çocuklar genellikle davranışlarda gözlemlenebilir değişikliklere sahiptir (60).

Hekimler, hasta anamnezi ve fiziksel muayene sonucunda uygun bulduğu olumlu ve olumsuz tüm bulguları kayıt altına almalıdır. Tanık olduğu yorumlar veya davranışları mutlaka kaydetmeli ancak bu davranışlarla ilgili fikir beyan etmekten kaçınmalıdır. Vücutta gözlenen yaralanmalar için fotoğraf çekmeli, çocuğun adı ve fotoğrafın tarihini de mutlaka belirtmelidir. Hastanın yaşamsal bulguları, muayene bulguları, laboratuvar, röntgen, konsültasyon sonuçları ve önerilen tedavi yöntemleri de kaydedilmelidir (31, 61).

Çocukla ilişkisi olan kişilerle ayrı ayrı görüşülmelidir. Aileden alınan hikâyede çocuğun doğumundan itibaren, daha önce herhangi bir travma yaşayıp yaşamadığı, acil servise ne sıklıkta getirildiği, aşı ve beslenme hikayesi, diğer sorunları, olayın oluş şekli, tıbbi yardım arayışında gecikme olup olmadığı, olay esnasında ebeveyn ya da bakıcının hastaneye getirilirken eşlik edip etmediği sorulmalıdır. Görüşme sonunda toplanan veriler rapor haline getirilmeli ve tarih belirtilmelidir. Hazırlanan rapor hemen en yakın sosyal hizmetler veya çocuk esirgeme kurumu ve ilgili adli makamlara gönderilmelidir (8).

Rutin bir fizik muayene veya başka bir nedenden dolayı yapılan bir muayene sırasında beklenmedik bir şekilde fiziksel istismar şüphesi ortaya çıkabilmektedir. Bir muayene sırasında yaralanmalar tespit edildiğinde; yaralanmanın nasıl meydana geldiğini ve çocuğun yaralanmanın tedavisi için herhangi bir merkeze götürülüp götürülmediğini sormak uygun olacaktır (55).

Çocuk istismarı şüphesi varsa, detaylı anamnez alındıktan sonra yaralanmanın tarihi veya fizik muayene bulgularına dayanarak, çocuğun çıplak bir şekilde

incelenmesi gerekir. Çocuğun genel muayenesi, yetersiz beslenme, yaygın diş çürüğü, tedavi edilmemiş bebek bezi dermatiti veya ihmal edilmiş yara bakımı da dahil olmak üzere istismar şüphesini güçlendirecek durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bir büyüme grafiğindeki tüm büyüme ölçümlerini dikkatlice ölçmek ve planlamak önemlidir ve önceki ölçümlerin de kayıt altında tutulması, büyüme hızının uygun olup olmadığını ölçmeye yardımcı olabilmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal çoğunlukla eşzamanlıdır ve bazen çocuklar kasten aç bırakılabilirler (62, 63).

Baş; gözler, kulaklar, burun ve boğaz (HEENT) muayenesi, travmatik yaralar veya travmatik alopesi için kafa derisinin muayenesini içerir. Ağız muayenesi, mukozal yaralanmalar, diş travması veya diş çürüğünü açığa çıkarabilir (64, 65).

Bebeklerde frenulumun dikkatli incelenmesi, akut ya da iyileşmekte olan yaralanmaların ortaya çıkartılmasını sağlayabilmektedir. Dikkatli bir cilt muayenesi ile yaralanmanın yeri, boyutu, şekli ve diğer ayrıntıları ile belgelenebilen morluklar, laserasyonlar, yanıklar, ısırıklar veya diğer yaralanmalar ortaya çıkarılabilir. Cilt yaralanmaları yazılı kayıt, fotoğraf veya her ikisi ile tıbbi kayıtlarda belgelenebilmektedir. İstismara uğramış çocuklarda kıkırdak, kulak arkası, kulağın arkasındaki saç çizgisi, kalçalar ve uyluklar gibi sıra dışı yerlerde cilt yaralanması gözlenebilir ve fiziksel muayene sırasında dikkat gerektirir. Ergenlik çağındaki gençler, istismar anında kendilerini istismarcılardan korumaya çalıştıkları için el, önkol veya diğer ekstremitelerde de yaralar gözlenebilmektedir. Göğüs ve karın bölgesinde de yaralanma görülebilmektedir; ayrıca bacakların, kolların, ayakların, ellerin, kaburgaların ve başın dikkatli bir şekilde palpasyonu, akut veya iyileşmekte olan kırıkların ortaya çıkmasını sağlayabilmektedir. Anterior fontanel, refleksler, kranial sinirler, çocuğun gelişimi ve yaşına uygun brüt ve ince motor becerileri de dahil olmak üzere tam bir nörolojik değerlendirme, genel değerlendirmede büyük önem taşımaktadır. Çocuğun tavrı, nörolojik durumunu veya ağrı derecesini yansıtabilmektedir. İstismar edilen çocuklar gelişimsel engellere de sahip olabilmektedirler (55).

Devlet bakımında olan veya koruyucu bakıma muhtaç çocuklar da dahil olmak üzere, istismar veya ihmal şüphesi olan tüm çocuklar; dental travma, çürük, diş eti iltihabı ve diğer ağız sağlığı sorunları belirtileri açısından da dikkatlice

değerlendirilmelidir (66). Hatta bazı yazarlar, ağız bölgesinin beslenme ve iletişimdeki önemi sebebiyle fiziksel istismarın ana odağı olması gerektiğini düşünmektedir (67).

Özellikle çocuk diş hekimleri, çocuk hastalarla karşılaşma olasılığı sık olan bir meslek grubu olduğundan, baş boyun bölgesinde görülen tüm yaralanma tiplerini detaylı bir muayene ile değerlendirmeli ve gerekli kayıtları toplamalıdır. Baş boyun bölgesinde görülen fiziksel istismar yaralanmaları; morarma, el izleri, abrazyon ve laserasyonlar, yanıklar, ısırık izleri, ağız yaralanmaları ve dental travma, göz yaralanmaları, kafa travması ve kemik kırıkları olabilmektedir.

Morarma

Morarma, çocuklarda en sık görülen yaralanma tipidir (68). Kaza sonucu yaralanmalarda; nadiren yanağın yumuşak dokularında morluklar olmaktadır. Bu tip yaralanmalarda, yumuşak doku yerine alın veya elmacık kemiği gibi kemik çıkıntıları üzerinde bulunan deride morluklar görülmektedir (69).

Morlukların renge göre klinik tarihlemesi yanlış olabilmektedir (70, 71). Ancak, farklı bölgelerdeki morluklar ya da minimal travma hikayesi ile birlikte görülen geniş çaplı morluklar mutlaka fiziksel istismarı düşündürmelidir. Kulaktaki morluklar genellikle çocuğun kulağının sıkıştırılması veya çekilmesi nedeniyle oluşmaktadır ve genellikle kulağın arka yüzeyinde görülmektedir (31).

Boyundaki çürükler veya kesikler hemen hemen her zaman bir insan eli ile ya da ipe boğulma nedeniyle olmaktadır. Bu bölgede görülen morluklar son derece nadirdir; bu yüzden istismar şüphesiyle bakılmalıdır. Bir bebeğin üst labial frenumunda morluk veya laserasyon görülmesi zorla besleme sonucu meydana gelmiş olabilir ve dudağın iç kısmına dikkatlice bakılmadıkça teşhis edilememektedir. Aynı yaralanma, çocuğun ağızını tıkama ya da sıkıca kavrama sonucunda da meydana gelmiş olabilmektedir (72).

Morlukların görüldüğü hastalarda mutlaka istismarın sorgulanmasına ek olarak idiyopatik trombositopenik purpura gibi koagülopatiler ve vaskülitler, K vitamini eksikliği, Henoch-Scholein purpura, hemofili veya von Willebrand hastalığı gibi hastalıkların da ayırıcı tanısı yapılmalıdır (50).

El İzleri

İnsan eli; kavrama izi veya parmak ucu baskısıyla meydana gelen morluklar, tokat izi, çimdik izi gibi çeşitli izler bırakabilmektedir. En yaygın türler, parmak izine

benzeyen oval biçimli morluklar bırakan kavrama veya sıkma izleridir. Bir yetişkin bir çocuğun yüzünü ağzına yiyecek veya ilaç vermek için sıkarsa yanaklarda kavrama izleri oluşabilir. Bu durum, yanağın bir tarafının üzerinde bir başparmak izi ve diğer tarafında 2-4 parmak izi bırakmaktadır. Doğrusal izler ise parmağın tamamından gelen basınçtan kaynaklanmaktadır. Yanaktaki tokat izlerinde ise, parmak genişliğinde paralel doğrusal izler görülecektir. Bu morluk şekli, kılcal damarlarda kan akışının aniden durması sonucu kaynaklanmaktadır (69).

Abrazyon ve Laserasyonlar

Yenidoğanlara zorla besleme yapılması sırasında damak bölgesinde, vestibül bölgede veya ağız tabanında besleme sırasında kullanılan nesnelere sebebiyle penetran yaralanmalar meydana gelebilmektedir. Yüzdeki abrazyon ve laserasyonlar birçok nedenden kaynaklanabilir ancak çoğunlukla eldeki yüzükler veya tırnaklardan kaynaklanmaktadır ve yaralanmalar genellikle ağız çevresi dokusuyla sınırlı kalmamaktadır (14).

Küçük çocuklarda yürümeyi öğrenirken (genellikle 8-18 ay arasında) kazayla düşme sonucu bir frenulum laserasyonunun meydana gelmesi yaygın bir durum değildir. Özellikle bir yaşından küçük ve hastanede yatarak tedavi gören bir bebekte görülen frenulum laserasyonu fiziksel istismar şüphesi uyandırmalıdır (72).

Yanıklar

Fiziksel istismar vakalarının yaklaşık %10'unu yanık yaralanmaları içermektedir (73). Yanık yaralanmaları; kimyasal, termal veya elektriksel olabilmektedir. Sıcak objelerin temasıyla oluşan yanıkların, kaza sonucu oluşan yanıklardan ayırt edilmesi zor olabilmektedir. Eğimli vücut yüzeyleri üzerindeki yanık paterni ve yanık yaralanmasının sürekliliği istismar olasılığını düşündürmelidir. Kaza sonucu ortaya çıkan yanıklar genellikle çocuğun üst ekstremitelerine, gövdesine, boynuna ve başına sıçrayan sıcak sıvılardan kaynaklanmaktadır (74). Kaynar suyla meydana gelen yanıklar ya da çocuğun zorla kaynar su içine sokulmasıyla oluşan yanıklar ise iyi sınırlı ve çok az sayıda sıçrama iziyle ya da hiç sıçrama izi olmadan görülebilmektedir (50). Yanık yaralanmasıyla karşılaşıldığında çocuğun yanık esnasında giyilen kıyafetleri toplanmalı ve yanık yaralanmasının sebebi sorulmalıdır (74).

Ağız mukozasının yanıkları, küçük çocuklarda sıcak veya yakıcı sıvıların zorla yutturulması sonucu olabilmektedir. Yüze uygulanan sıcak cisimlerden kaynaklanan yanıklar ise genellikle deride kabarmaya neden olmaz ve yanık genellikle uygulanan sıcak cismin şekline benzemektedir (14). İstismar ihtimali haricinde, çocuğun kalça bölgesinde görülen sinameki içeren laksatiflerin yarattığı kimyasal yanıklar, büllöz impetigo ve kaza sonucu yanıklar da gözlenebilmektedir (50, 75). Sigara yanıkları ise sınırları belirgin, dairesel, delinmiş görünümlü lezyonlardır. Sigara yanıkları büllöz impetigoya benzeyebilmektedir; bu nedenle çocuk istismarı olup olmadığını anlamak için lezyonun tekrarlayıp tekrarlamadığını takip etmek büyük önem taşımaktadır (14).

Isırık İzleri

İnsana ait ısırık izleri şekil ve büyüklükleriyle tanımlanmaktadır. Vücutta görülen ısırık izleri dikkatli bir şekilde ölçülmeli ve adli kanıt olabileceği için mutlaka fotoğrafı çekilmelidir. 2 cm'den fazla görülen interkanin mesafesi, yetişkin bir insan ısırığına işaret etmektedir. Bazı merkezlerde, adli diş hekimleri mevcuttur ve ısırık izlerini analiz etmek için özel muayene ve fotoğraf teknikleri kullanabilmektedirler. Tükürükte bulunan genetik belirteçlerin adli analizi için ısırık izlerinin steril, önceden nemlendirilmiş pamuk uçlu uygulayıcılara sürülmesi gerekmektedir (50, 76).

Isırmanın şekli ve yeri, çocuğun yaşının büyüklüğüne göre değişebilmektedir. Isırık izleri herhangi bir yerde görünebilmektedir; fakat yanak, kol, omuz, kalça veya genital bölgede yoğunlaşma eğilimindedirler. Bebeklik döneminde görülen ısırık izleri, bebek ağladığı ya da üzerini kirlettiği için cezalandırma amacı taşımaktadır. Çocukluk dönemindeki ısırık izleri ise daha çok saldırı veya savunma işlevi sonucu ortaya çıkmaktadır. Cinsel yönelimli ısırık izleri ise ergen ve yetişkinlerde daha sık görülmektedir (77). Bununla birlikte, herhangi bir yaşta görülen ısırık izi, çocuk cinsel istismarı konusunda şüphe uyandırmalıdır (14).

Bir ısırma izinin vücutta kalma süresi uygulanan kuvvete ve doku hasarının boyutuna bağlıdır. Cilt bütünlüğünü bozmayan ısırık izi; ciltte 24 saate kadar görünmektedir. Cilt bütünlüğünün bozulduğu durumlarda dokunun kalınlığına bağlı olarak ısırık izi birkaç gün boyunca belirgin olmaktadır. Daha ince dokularda ısırık izleri daha uzun süre kalmaktadır (14).

Ağız Yaralanmaları ve Dental Travma

Fiziksel istismar vakalarında ortaya çıkan öncelikli yaralanmalar arasında diş kırıkları, morluklar, laserasyonlar, mandibula ve maksilla kırıkları ve yanıklar yer almaktadır. Ağız içinde en sık görülen yaralanmalar, oral mukoza, diş ve diş eti bölgesinde görülmüştür (78).

Yüz bölgesi vücudun en sık yaralanan bölgesidir. Yanak ise diğer yüz bölgelerine göre daha fazla travmaya maruz kalmaktadır ve yanakta görülen herhangi bir morarma fiziksel istismar açısından dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır (78).

Ağız yaralanmaları; kaşık, çatal gibi mutfak aletleriyle ya da biberonla zorla yedirme, el ya da parmakla, sıcak sıvılarla ya da yakıcı cisimlerle meydana gelebilmektedir. İstismarın bu çeşidi morluklara, dilin, bukkal mukozanın, yumuşak ve sert damağın, dişetinin, alveolar mukozanın, frenulumun yanmasına ya da kesilmesine, kırılmış, yer değiştirmiş ya da avülse olmuş dişlere veya yüz ve çene kemilerinde kırıklara sebep olabilmektedir. Naidoo ve ark. (78) ağız mukozasındaki yaralanmaların en sık dudaklarda (%54) gözlendiğini bildirmişlerdir. Bebeklerdeki frenulum laserasyonları fiziksel istismarın sonucudur ve sıklıkla fiziksel istismarın diğer bulguları ile ilişkilidir (64).

Fiziksel istismar kaynaklı olarak daimi diş veya süt dişine gelen travmalar, künt bir travmaya bağlı olabilmektedir. Kazayla ortaya çıkan travmada da benzer yaralanmalar görülmektedir (46). Dişlerde meydana gelen travma pulpa nekrozu ile sonuçlanabilmekte ve dişler rengini yitirebilmektedir. Boyun arkasına sabitlenerek ağıza uygulanan emzik türleri çocukta çürüklere, likenifikasyon veya skar oluşumuna yol açabilmektedir (65). Ağız boşluğundaki bazı ciddi yaralanmalar; posterior faringeal yaralanmalar ve retrofaringeal apseler, hemoptizi veya tıbbi bakım gerektiren diğer semptomları taklit edebilirler; ancak çocuğun bakımından sorumlu kişi tarafından yapılmış olabilirler (79).

İstismar ya da ihmal şüphesi olan her bulgu daha detaylı araştırmaların yapılması için mutlaka rapor edilmelidir. Ağızda kasıtsız veya kazara meydana gelen yaralanmalar yaygındır ve kazanın zamanlaması, nasıl meydana geldiği, yaralanmanın tipi, çocuğun gelişimi göz önüne alınarak bu durum istismardan ayırt edilebilmektedir (55).

Göz Yaralanmaları

Fiziksel istismarın neden olduğu çoğu periorbital morluk yüzün her iki tarafını da içermektedir. Çocuk fiziksel istismarında oküler hasar; akut hifema, dislokasyonlu lens, travmatik kataraktı içermektedir. Bu yaralanmaların yarısından fazlası, bir veya iki gözü etkileyen sürekli görme bozukluğu ile sonuçlanmaktadır (14).

Kafa Travması ve Kemik Kırıkları

Kafa travması, çocuk istismarından kaynaklanan ölümlerin önde gelen nedenidir (50). İstismar kaynaklı kafa travmasına uğrayan çocuklarda; subdural ve subaraknoid hematomlar, çok sayıda subdural hematoma, geniş retinal hemoraji, kutanöz, iskeletsel ve viseral yaralanmalar görülmektedir (80). Kafa travmasına bağlı kafa içi travması görülen bebeklerde hiçbir semptomla rastlanmamaktadır; bu nedenle nörolojik semptomlar olmasa dahi klinisyen, hasta hikayesi ve diğer yardımcı testler eşliğinde radyolojik görüntülemenin gerekliliğini değerlendirmelidir (50, 81).

Kırıklar ise fiziksel istismarın en ciddi olan yaralanma türüdür. Hemen hemen her kemikte tekli veya çoklu olarak, klinik olarak görülür ya da sadece radyografla tespit edilebilir şekilde meydana gelmektedir. Fiziksel istismar kaynaklı meydana gelen kırıklar genellikle üç yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir. Kaza kaynaklı kırıklar ise en çok okul çağındaki çocuklarda görülmektedir (82).

Çocuk fiziksel istismarında yüz kırığı tespit edilmişse mutlaka tam iskelet radyografisi istenmelidir. Çünkü bir çocukta yüz kırığı oluşturmak için gerekli olan kuvvet, uzun kemiklerde metafizyal, spiral, oblik ve transvers kırıklar oluşturmak için gerekli olandan daha büyüktür. Fiziksel istismara uğramış bir çocuğun iskelet radyografisinin istenmesi; iyileşmenin farklı aşamalarında olan çoklu kırıkları ortaya çıkartmaktadır (14).

Özellikle fiziksel istismara uğramış bebek ve çocukların değerlendirilmesinde görüntüleme teknikleri kritik önem taşımaktadır. Görüntüleme elde edilen bulgular, yaralanma veya istismarın değerlendirilmesinde laboratuvar ve klinik bulgulara yardımcı kanıtlar sağlamaktadır (83). Hatta istismar edilen bebeklerde, görüntüleme bulguları tek başına fiziksel istismar tanısının temelini oluşturabilmektedir (84, 85). Bu yüzden ALARA prensibine uygun olarak iyonlaştırıcı radyasyon kullanımını içeren tüm görüntüleme teknikleri kullanılmalıdır. İskelet bölgesindeki yaralanmaların tespiti, radyografilerin ve görüntüleme protokolünün kalitesine bağlı olduğundan,

görüntüleme tekniklerinden, hasta riski ve maliyeti değerlendirilerek en yüksek verim alınabilecek teknik tercih edilmelidir (86).

Şüphelenilen istismar vakalarında tüm iskeletin radyografik olarak araştırılması sıklıkla tercih edilen yöntemdir. Çocuklar için genel amaçlı kullanılan görüntüleme sistemleri, istismar edilen bebeğin veya küçük çocuğun iskeletinin görüntülenmesi için yetersiz anatomik detay sağlamaktadır. Çocuklar için modern görüntüleme sistemleri genellikle radyasyona maruziyeti en aza indirmek için özel film kasetleri ve yoğunlaştırıcı ekranlar eşliğinde kullanılmaktadır. Ancak bu düşük dozlu sistemler, göğüs ve abdominal görüntüleme için yeterli olmakla birlikte, ince metafiz, kaburga benzeri bölgelerdeki gerekli ayrıntıları görüntüleme başarısız olmaktadır. Amerikan Radyoloji Koleji'ne göre, istismara uğradığından şüphelenilen bebeklerde yüksek detaylı görüntüleme sistemleri kullanılmalıdır. Ancak kafatası, lateral lomber omurga gibi daha kalın kemik içeren vücut bölgeleri için daha hızlı olarak elde edilebilen ve genel amaçlı olarak kullanılan görüntüleme sistemleri gereklidir (87).

Dijital veya filmsiz radyografi, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çoğu çocuk sağlığı merkezlerinde ekran/film görüntülemenin yerini almıştır (88). İndirekt ve direkt teknolojiler dahil olmak üzere çok çeşitli dijital sistemler mevcuttur. Araştırmalar, düşük çözünürlüğüne rağmen, dijital radyografileri, geniş dinamik aralığı ve yüksek kontrast özellikleriyle sebebiyle iskelet görüntülenmesinde yüksek detaylı ekran / film sistemlerine kıyasla daha iyi bir performans sağlayabildiğini göstermektedir (89).

Ayırıcı Tanı

Her ne kadar diş hekimlerinin çocuklara yönelik tüm yaralanmalardan şüphelenmeleri gerekse de, çocuk fiziksel istismarı çeşitli hastalıklar ile karıştırılabilmektedir (31). Aşağıda çocuk istismarıyla karıştırılabilen hastalıklar verilmiştir:

İmpetigenöz lezyonlar: Sigara yanıkları ile karıştırılabilmektedir (31).

Doğum travması: Doğum eylemi sırasında, özellikle de zor doğumlarda sefal hematoma, morluklar, kafatası, klavikula, humerus ve femur kırıkları görülebilir. Yenidoğanlarda kafa içi patolojilerle ilişkisi olmayan retinal kanama görülebilir. Bu tip retinal kanamanın kaybolması bir ayı bulabilir, bu nedenle bir ayın altındaki

çocuklarda retinal kanamanın normalde de görülebileceğini unutmamak gerekir (31, 56).

Osteogenezis imperfekta: İstismarda olduğu gibi değişik iyileşme dönemlerinde olan birden fazla kırık bir arada görülebilir. Genellikle aile öyküsü pozitifdir ve kırıkların oluşumunda travmanın etkisi azdır (56).

Raşitizm: Raşitizmde metafizlerin genişlemiş olması ve kadeh görünümü metafizyel kırıklarla ayırıcı tanıda zorluk yaratır (56).

Skorbüt (C vitamini eksikliği): Metafizlerde genişleme ve kalsifiye subperiostal kanamalarla karakterize nutrisyonel bir defekt olup, metafizlerde iyi kalsifiye olmuş çizgi şeklinde kırık yapı kırıkla karıştırılabilir (56).

Sifiliz: Konjenital sifilizde görülen metafizyel genişleme ve epifizyel ayrışmalar ile kronik periostit sonucu gelişen kortikal kalınlaşma kırık şüphesi uyandırabilir (56).

İnfanıl kortikal hiperostoz: Metafizyel tutulum olmaksızın subperiostal kemiğin hiperplazisi ile karakterizedir. En sık tutulan bölgeler mandibula ve klavikuladır (56).

Bakır eksikliği: Osteoporoz ve patolojik kemik kırıkları gözlenir (56).

Kültürel özellikler: Bazı kültürel pratiklerin yarattığı lezyonlar istismar lezyonlarına benzeyebilir (fincan çekme, dağlama gibi) (56).

Mongol lekeleri: Ekimozla karıştırılabilmektedir (56).

Soyulmuş deri lezyonları: Eritema multiforme, stafilokokal soyulmuş deri sendromu, suçiçeği, impetigo ve toksik şok sendromunun deri bulguları yanık ile karıştırılabilir (56).

Ani bebek ölümü sendromu: Bir yaşın altındaki bir çocukta açıklanamayan nedenle meydana gelen ölümleri ifade etmektedir. Klinik öykü ve otopside bile hiçbir kanıt bulunmaması gerekmektedir. Postmortem incelemenin yapılmadığı ölümler ani bebek ölümü sendromuna bağlanmamalıdır. Tablo aile için trajik olsa da istismar olabileceğini unutmamak gerekmektedir. Yüzüstü pozisyonda yatırılma, yumuşak bir zeminde yatırılma, gebelik veya sonrasında annenin sigara içmesi, aşırı ısıtma, prenatal bakım almama, annenin yaşının küçük olması, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı ani bebek ölümü için saptanan risk faktörleridir (56).

Resüsitasyon: Resüsitasyon sırasında kosta kırıkları ve retina kanaması görülebilir (56).

Özellikle çok kolay bir şekilde vücudunda morluklar oluştuğu söylenen çocukların mutlaka lösemi, trombositopeni, hemofili, Von Willebrand hastalığı gibi hastalıkları elimine etmek için tam kan sayımına, trombosit sayımına ve pıhtılaşma zamanına bakılmalıdır (31). Bu nedenlerle, ağız ve yüz bölgesinde görülen yaralanmalar, hastadan detaylıca anamnez alınarak değerlendirilmeli ve şüpheli durumlarda tıbbi konsültasyon (pediatri, çocuk cerrahisi, çocuk psikiyatrisi, adli tıp vb.) ve sosyal hizmet uzmanından görüş istenmelidir (56).

2.2. Çocuk İstismarında Diş Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Bir sağlık çalışanı olarak diş hekimleri, istismar tanısı koymada ve bu durumu raporlamada çok büyük önem taşımaktadır. Çünkü diş hekimleri, fiziksel istismar kaynaklı orofasiyel bölgeyi içeren yaralanmaları gören ilk sağlık çalışanıdır (90-94).

Ayrıca fiziksel istismarın yaklaşık % 50'si diş hekimi tarafından fark edilebilecek yüz ve baş yaralanmaları ile sonuçlanmakta, % 25'i ise ağız içerisinde veya etrafında meydana gelmektedir (31).

Özellikle baş bölgesinde bulunan istismar yaralanmaları; çocukta öğrenme eksiklikleri, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, körlük, felç, zihinsel gerilik, spastisite gibi önemli sağlık problemlerine neden olabilmektedir (95).

Bu sebeple diş hekimleri de dahil tüm sağlık çalışanlarının birincil amacı çocuğun güvenliğini sağlamak, ikincil amacı ise çocuğa uygulanan fiziksel istismarın engellenmesi için durumu rapor etmektir. Sağlık kuruluşları ve çocuk istismarıyla ilgilenen diğer kurumlar arasındaki irtibat ve sevk sistemi; ülkeden ülkeye, bir ülkede farklı bölgeler arasında ve hatta şehirler arasında da değişebilmektedir (15, 96-102).

2.3. Çocuk İstismarının Yasal Boyutu

Bir çocuğun ihmal veya istismar edildiği düşünüldüğünde bildirim yükümlülüğü devreye girmektedir. Bildirim yükümlülüğü Türkiye'de iki ayrı kanunda düzenlenmiştir. Bu iki bildirim yükümlülüğü hem nitelik hem de usul bakımından birbirinden farklıdır. Türk Ceza Kanunu 278-280. maddelerinde adli bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu 21. maddesinde ise, korunma ihtiyacı olan çocuğun bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir.

Bu bildirimlerden birinin yapılmasının, diğer bildirim yükümlülüğünü ortadan kaldırmadığına dikkat etmek gerekir (12).

İstismar olguları, sağlık çalışanlarının önüne farklı yollarla gelebilmektedir. Yakınları ile birlikte ya da doğrudan başvuran aile içi şiddet ya da cinsel istismar olgularında ya da tıbbi nedenlerle başvuran ve istismar olduğu düşünülen olgularda çelişkiler yaşanmakta, bu olgulara kimi zaman görmezden gelme ya da karışmama şeklinde yaklaşılmaktadır. Dava edilme veya karşılık görme korkusu, çocuk koruma hizmeti veren kurumlara güven duyulmaması, klinik bulguların yetersizliği, kanıtlanamayacağı inancı, hatta çocuk ve ailenin zarar göreceği endişeleri de bildirimde bulunmama nedenleri arasındadır. Ancak unutulmamalıdır ki; sağlık çalışanları suçun kanıtlanmasından sorumlu değilken, suç belirtisine rastlamaları halinde adli olgu bildirimini yapmaktan sorumludur. Sağlık çalışanlarının bildirim yükümlülüğünün düzenlendiği TCK 280. maddesi “görevin yapıldığı sırada suç belirtisi ile karşılaşılmasında”, durumun yetkili makamlara bildirilmesini zorunlu kılmıştır (12).

2.3.1. Suçu Bildirmeme

Madde 278:

1. İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (12).
2. İşlenmiş olmakla birlikte, sebebiyet verdiği neticelerin sınırlandırılması halen mümkün bulunan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır (12).
3. Mağdurun on beş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır (12).

2.3.2 Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi

Madde 279:

1. Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (12).
2. Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkra göre verilecek ceza yarı oranında artırılır (12).

2.3.3. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

Madde 280:

1. Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (12).
2. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (12).

2.4. Çocuk İstismarı Durumunda Nasıl Bir Yol İzlenmeli?

Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın bünyesinde hizmet veren Alo 183 hattı istismar ile ilişkili durumlarda bildirimde bulunmak için kullanılması gereken birincil öncelikli birimdir. Bu iletişim hattına yapılan bildirim sesli kayıt sitemine kaydedilmekte ve gerekli hallerde acil müdahale ekibinin olguyu/durumu değerlendirmesinden sonra emniyet veya jandarma birimleri ile koordinasyon sağlanarak, olguya kısa zamanda müdahale edilmesi sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra istismar şüphesi olan durumlarda doğrudan ilgili cumhuriyet savcısına ulaşılarak bildirimde bulunulması da mümkündür (103).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırmada Türkiye’de çalışan tüm çocuk diş hekimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın yeri Türkiye’dir.

3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, Ağustos 2018 ile Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırma Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örnekleme, Araştırma Grubu

Araştırmanın evreni, Türkiye’de Çocuk Diş Hekimliği doktora veya uzmanlığını tamamlamış 542 çocuk diş hekiminden oluşmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne kayıtlı olan çocuk diş hekimi uzmanı sayısı). Doktora veya uzmanlık eğitimi devam eden kişiler araştırma dışı bırakılmıştır.

Çalışmada örneklem seçilmemiş, araştırma kapsamına alınacak bütün diş hekimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. 518 çocuk diş hekiminin e-posta bilgilerine ulaşılmıştır. Pilot çalışmaya dahil edilen 10 çocuk diş hekimi araştırma dışı bırakılmıştır. Anketi cevaplayarak dönüş yapan toplam çocuk diş hekimi sayısı 212’dir.

3.5. Değişkenler

Bu çalışmada tanımlayıcı değişkenler; cinsiyet, doğum tarihi, çalıştığı il, mezun olunan yıl, doktora/uzmanlık eğitiminin tamamlandığı yıl, çalışılan kurum, lisans eğitimi sırasında ve uzmanlık/doktora eğitimi sırasında çocuk istismarı eğitimi alıp almadığı ve eğer aldıysa bu eğitimi nereden aldığıdır.

3.6. Terim, Sınıflama, Kriterler

Çalışmamızda katılımcıların yaşları, lisans eğitimleri sonrası geçen süreler, uzmanlık eğitimi sonrası geçen süreler 5'erli yıl gruplarına ayrılarak analiz sırasında düzenlenmiştir.

Katılımcılardan çalıştıkları şehri belirtmeleri istenmiştir. Hangi kurumda çalıştıkları “çalışmıyorum” seçeneği de dahil olmak üzere 5 seçenekte sunulmuştur. Çalışmadığını belirten 4 katılımcı da çalışmaya dahil edilmiştir.

Lisans eğitimi sırasında ve uzmanlık/doktora eğitimi sırasında ve sonrasında fiziksel istismarla ilgili eğitim alıp almadıkları sorularını ise katılımcıların “Evet” ya da “Hayır seçeneğini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Uzmanlık/doktora eğitimi sonrasında eğitim aldığını “Evet” seçeneğini işaretleyerek belirten katılımcılara bu eğitimi nerede aldıklarını yazılı olarak belirtmeleri istenmiştir. Analiz sırasında katılımcıların yazdıkları yerler 6 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılara, aileye ait faktörlerden fiziksel istismar riskini arttırdığını düşündükleri durumları işaretlemeleri için birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri toplam 14 seçenekli bir soru sunulmuştur. “Bilgim yok” seçeneğini işaretleyen katılımcı olmadığı için verilerin analizi katılımcıların tamamı olan 212 kişi üzerinden yapılmıştır (38, 43-45, 104).

Çocuğa ait fiziksel istismar riskini arttırdığını düşündükleri faktörleri işaretlemeleri için katılımcılara birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri toplam 12 seçenekli bir soru sunulmuştur. Verilerin analizi ise “bilgim yok” seçeneğini işaretleyen 14 katılımcı çıkartılarak 198 katılımcı üzerinden yapılmıştır (38, 39, 45-48, 104).

Katılımcılar tarafından çocuğun fiziksel istismara uğramış olabileceğini düşündürten faktörlerin değerlendirilmesi için katılımcılara birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri 8 seçenekli bir soru sunulmuş ve bu durumlardan istismar şüphesi uyandıran seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir (54, 55).

Çocuk fiziksel istismarıyla ilgili katılımcıların bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla fiziksel istismar sonucu görülen yaralanmalarla, dış hekiminin fiziksel istismarla ilgili sorumluluklarıyla, fiziksel istismarın sıklığıyla ilgili katılımcılara “Evet”, “Hayır”, “Emin Değilim” seçeneklerini içeren 14 soru sorulmuştur.

Katılımcılara meslek hayatları boyunca çocuk istismarından şüphelendikleri bir durum olup olmadığı ve şüphelendiklerinde bildirimde bulunup bulunmadıklarına ilişkin “Evet”, “Hayır”, “Bilmiyorum” seçeneklerini içeren 2 soru sorulmuştur. Meslek hayatları boyunca çocuk istismarından şüphelendikleri bir durum olup olmadığı sorusuna “Hayır” ya da “Hatırlamıyorum” yanıtı veren katılımcıların 32. soruya geçmeleri elektronik anket üzerinden otomatik olarak sağlanmıştır. Çocuk istismarından şüphelendiklerinde bildirimde bulunup bulunmadıklarına ilişkin soruya “Hayır” yanıtı veren katılımcıların 31. Soruya, “Hatırlamıyorum” yanıtı veren katılımcıların 32. Soruya geçmeleri sağlanmıştır.

Katılımcıların şüphelenilen çocuk istismarı için bildirimde buldukları yerleri, birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri 13 seçenek sunularak işaretlemeleri istenmiştir (61, 103).

Bildirimde bulunmadıklarını belirten katılımcıların, bildirimde bulunmama sebeplerini birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri 11 seçenekte işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcıların bildirimde bulunmama sebeplerini seçeneklerde bulamamaları durumunda “Diğer” seçeneği altında yazılı olarak belirtmeleri istenmiştir. Yazılı olarak belirtilen 4 ayrı sebepten “Emin olamadım” ifadesini çok sayıda katılımcı (n=14) belirttiği için bu ifade “Diğer” seçeneğinin alt başlığı olarak değerlendirilmemiş, ayrı bir seçenek olarak değerlendirmeye alınmıştır. Yazılı olarak belirtilen 3 sebep ise “Diğer” seçeneğinin alt başlığı olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Şüphelenilen çocuk istismarını nereye bildirmek gerektiğiyle ilgili katılımcılara birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri 13 seçenekli bir soru sorulmuştur. Veri analizi sırasında “Bilmiyorum” yanıtı veren 47 katılımcı çıkartılarak toplam 165 katılımcı üzerinden değerlendirme yapılmıştır (61, 103).

Bildirimde bulunmayan dış hekimlerine uygulanan yasal yaptırımlarla ilgili katılımcıların bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla, 8 seçenekli birden fazla işaretleme yapabilecekleri bir soru sorulmuştur. “Bilmiyorum” yanıtı veren 149 katılımcı veri analizinden çıkartılarak toplam 63 kişi üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Katılımcılara fiziksel istismarın tanılanması ve bildirimi için kendilerini yeterli bulup bulmadıkları ve daha fazla bilgi sahibi olmak isteyip istemediklerini öğrenmek amacıyla “Evet”, “Hayır”, “Emin Değilim” seçeneklerine sahip 2 soru sorulmuştur.

Son soru olarak katılımcılardan çocuk istismarıyla ilgili nerede ve kim tarafından eğitim almak istediklerini yazmaları istenmiştir. Belirtilen yerler 3 ayrı grupta toplanarak, belirtilen kişiler ise 10 ayrı grupta toplanarak veri analizi yapılmıştır. Çok az sayıda belirtilen yer ve kişiler ise veri analizi sırasında ‐Diğer‐ seçeneği altında değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Yöntemi, Veri Toplama Araçları ve Ön Deneme

Türkiye’deki çocuk diş hekimlerinin fiziksel istismar konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesine yönelik soruları içeren anket formu Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı’nda görevli olan proje ekibi tarafından literatürde mevcut çalışmalardaki (98, 105, 106), anket soruları da dikkate alınarak hazırlanmıştır. Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı’nda çocuk diş hekimi olarak çalışmakta olan 10 kişi dahil edilerek bir pilot çalışma yürütülmüştür. Pilot çalışmadaki geri bildirimler doğrultusunda çalışmada kullanılacak ankete son şekli verilmiştir. Çalışma verilerinin toplandığı anket formunda yaş, cinsiyet, mesleki deneyim süresi, çalışılan kurum gibi demografik bilgiler de dahil olmak üzere, çocuk diş hekimlerinin fiziksel istismar konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik toplam 36 soru bulunmaktadır. Ankette, katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, aldıkları eğitimler ile ilgili özellikler, fiziksel istismar riskini arttırdığını düşündükleri aileye ve çocuğa ait faktörler, fiziksel istismarda görülen yaralanmalarla ilgili bilgi düzeyleri, mesleki hayatları boyunca şüphelendikleri çocuk fiziksel istismarı ve fiziksel istismar şüphesi sebebiyle bildirimde buldukları yerlerle ilgili sorular yer almaktadır.

Anketler, bilgisayar ortamında Google Forms aracılığı ile hazırlanarak e-posta yolu ile katılımcılara gönderilmiş, veriler elektronik ortamda toplanmış ve sonrasında IBM SPSS 21.0 ve Excel 2013 programına aktarılmıştır.

3.8. Araştırma için Gerekli İnsan Gücü

Bu çalışmada kullanılan anket formları Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı’nda görevli proje ekibi tarafından oluşturulmuştur. Verilerin toplanması, dijital olarak kaydedilmesi ve istatistiksel

analizi araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Araştırmacı, çocuk diş hekimliği alanında uzmanlık eğitimi alan bir araştırma görevlisidir.

3.9. Verilerin Toplanması

Araştırmanın hedef grubuna erişebilmek için Türk Pedodonti Derneği'nden çocuk diş hekimliği uzmanlığını veya doktorasını tamamlamış kişilerin e-posta adresleri talep edilmiştir. Ayrıca niversitelerin web sitelerinden faydalanılmıştır. E-posta adresleri elde edildikten sonra hazırlanan anket formunun linki, e-posta aracılığı ile çocuk diş hekimlerine gönderilerek araştırmaya davet edilmişlerdir. İlk e-posta gönderildikten sonra, ikişer hafta ara ile 6 kez daha hatırlatma e-postası gönderilmiştir. Veri toplama süresi ilk e-postanın gönderilmesinden altı hafta sonra sona ermiştir.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin bilgisayar ortamında hazırlanması, düzenlenmesi ve istatistiksel analizleri araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama standart sapma, ortanca, çeyrekler arası genişlik, %25. ve %75. değerler ile en küçük ve en büyük değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasında gözlenen farkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığı değerlendirilirken, Ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Analizlerin tümünde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.11. Etik Kurul Onayı

Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: GO 18/453-16/Tarih:06.07.2018) (Ek-2).

4. BULGULAR

Bu çalışmada elektronik posta adresleri Türk Pedodonti Derneği'nden elde edilen 518 çocuk diş hekimine hazırlanan anketin linki gönderilmiştir. Açık kaldığı süre sonunda 212 kişinin ankete yanıt vererek cevaplandığı görülmüştür. Anketin cevaplanma yüzdesi %40,9'dur Katılımcılar bazı sosyo-demografik özelliklerine, çocuk istismarıyla ilgili aldıkları eğitimlere ve bilgi düzeylerine göre değerlendirilmiştir.

4.1. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.1.'de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %21,7'si 27-29 yaş aralığında, %45,3'ü 30-34 yaş aralığında, %27'si 35-39 yaş aralığında, %21'i 40-44 yaş aralığındadır. Katılımcıların %22'si ise 45 yaş üstündedir. Bu dağılıma göre katılımcıların büyük çoğunluğu 30-34 yaş aralığında bulunmaktadır ve ortalama yaş $34,73 \pm 7,03$ 'dür. Katılımcıların %90,1'i (n=191) kadın, %9,9'u (n=21) ise erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %20,8'ini 27-29 yaş aralığında, %41'ini 30-34 yaş aralığında, %11,8'ini 35-39 yaş aralığında, %9'unu 40-44 yaş aralığında, %7,5'ini 45 yaş ve üzerindeki kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %0,9'unu 27-29 yaş aralığında, %4,2'sini 30-34 yaş aralığında, %0,9'unu 35-39 yaş aralığında, %0,9'unu 40-44 yaş aralığında, %2,8'ini ise 45 yaş ve üzerindeki erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların yaş ve cinsiyete göre dağılımları (2018).

Yaş ve Cinsiyet	n	%
Yaş		
27-29	46	21,7
30-34	96	45,3
35-39	27	12,7
40-44	21	9,9
>45	22	10,4
$X \pm SS = 34,73 \pm 7,03$; ortanca 33; 1.-3. çeyrek=30,0-37,0; en küçük-en büyük=27-66		
Cinsiyet		
Erkek	21	9,9
Kadın	191	90,1

4.2. Katılımcıların Aldıkları Eğitimler ile İlgili Bazı Özellikleri

Katılımcıların lisans ve doktora/uzmanlık eğitimleri sonrasında geçen süre veya diğer bir deyişle mesleki deneyim süreleri Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların lisans ve doktora/uzmanlık eğitimini tamamladıktan sonra geçen süreye göre dağılımı (2018).

Mesleki Deneyim Süresi (n=212)	n	%
Lisans Eğitiminden Sonra		
<5	39	18,4
6-10	93	43,9
11-15	35	16,5
16-20	21	9,9
>20	24	11,3
X±SS=11,30±7,11; ortanca 9; 1.-3. Çeyrek=6,0-14,0; en küçük-en büyük=4-42		
Doktora/Uzmanlık Eğitiminden Sonra		
<2	95	44,8
2-4	41	19,3
5-7	28	13,2
8-10	15	7,1
>10	33	15,6
X±SS=5,31±6,46; ortanca 3; 1.-3. Çeyrek=1,0-6,0; en küçük-en büyük=0-35		

Lisans eğitimi sonrası geçen süre 4-42 yıl arasında değişmektedir. Ortalama süre 11,30 yıl ve ortanca süre ise 9 yıldır. Katılımcıların %43,9'unun lisans eğitiminden sonra 6-10 yıl süre geçmiştir. Doktora veya uzmanlık eğitimi sonrası geçen süre ise 0-35 yıl arasında değişmektedir. Ortalama süre 5,31 yıl ve ortanca ise 3 yıldır. Katılımcıların %19,3'ünün doktora veya uzmanlık eğitiminden sonra 2-4 yıl süre geçmiştir. (Tablo 4.2.).

Katılımcıların lisans eğitimi, uzmanlık veya doktora eğitimi sırasında ve sonrasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim alıp almadıklarına ilişkin bilgiler Tablo 4.2.2.'de yer almaktadır. Ayrıca uzmanlık veya doktora eğitimi sonrası çocuk istismarı ile ilgili eğitim aldıkları yerler de Tablo 4.3.'te görülmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında, sonrasında ve lisans eğitimi sırasındaki çocuk istismarı ile ilgili eğitim alma durumları ve doktora/ uzmanlık sonrasında eğitim aldıkları kaynaklar.

Çocuk İstismarı Eğitimi (n=212)	Uzmanlık/Doktora Sonrasında		Uzmanlık/Doktora Sırasında		Lisans Eğitimi Sırasında	
	n	%	n	%	n	%
Hayır	164	77,4	105	49,5	144	67,9
Evet	48	22,6	107	50,5	68	32,1
Üniversite	29	60,4				
Seminer	13	27				
ADSM*	3	6				
Dergi	1	2				
Kongre	1	2				
Üniversite-ADSM	1	2				

* Ağız Diş Sağlığı Merkezi

Katılımcıların %22,6'sı uzmanlık/doktora sonrasında, %50,5'i uzmanlık/doktora sırasında, %32,1'i lisans eğitimi sırasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim almışlardır. Bu dağılıma göre katılımcıların büyük bir çoğunluğu uzmanlık/doktora sırasında bu eğitimi almışlardır.

Uzmanlık/doktora sonrasında eğitim aldığını belirten katılımcıların %13,7'si üniversitelerden, %6,1'i seminerlerden, %1,4'ü ağız diş sağlığı merkezlerinden, %0,5'i dergilerden, %0,5'i kongrelerden, %0,5'i ise hem üniversite hem ağız diş sağlığı merkezlerinden çocuk istismarı ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmiştir. Elde edilen verilere göre uzmanlık/doktora eğitimi sonrasında katılımcıların büyük bir çoğunluğu üniversitelerden eğitim almıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Katılımcıların lisans eğitimi sonrası mesleki deneyim sürelerine göre lisans eğitimi sırasında çocuk istismarı hakkındaki eğitim durumları.

Lisans Sırasında Eğitim	Lisans Sonrası Mesleki Deneyim Süresi (yıl)										
	<5		6-10		11-15		16-20		>21		p**
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	16	41	41	44,1	6	17,1	5	23,8	-	-	
Hayır	23	59	52	55,9	29	82,9	16	76,2	24	100	<0,001
Toplam	39	100	93	100	35	100	21	100	24	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, $p<0,001$

Katılımcıların lisans eğitimleri sonrasındaki mesleki deneyim sürelerine göre, lisans eğitimi esnasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim alma durumları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Lisans eğitimi sonrası mesleki deneyim süresi 21 yıldan daha fazla olan katılımcıların yani bir başka deyişle 1997 ve öncesinde lisans eğitimini tamamlayan katılımcıların çocuk istismarı hakkında eğitim alma durumları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrası mesleki deneyim sürelerine göre doktora/uzmanlık eğitimi sırasında çocuk istismarı hakkındaki eğitim durumları.

Doktora/ Uzmanlık Sırasında Eğitim	Doktora/Uzmanlık Sonrası Mesleki Deneyim Süresi (yıl)										
	<2		2-4		5-7		8-10		>10		p**
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	44	46,3	25	61	19	67,9	8	53,3	11	33,3	
Hayır	51	53,7	16	39	9	32,1	7	46,7	22	66,7	0,044
Toplam	95	100	41	100	28	100	15	100	33	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, $p<0,05$

Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrasındaki mesleki deneyim sürelerine göre, doktora/uzmanlık eğitimleri sonrasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim

alma durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Doktora/uzmanlık eğitimi sonrası mesleki deneyim süresi 5-7 yıl arasında olan grubun, bir başka ifade ile doktora/uzmanlığını 2011-2013 yılları arasında tamamlayan grubun, çocuk istismarı hakkında eğitim alma durumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

4.3. Katılımcıların Çalıştıkları İller ve Kurumlar

Çalışmaya 33 farklı ilden 212 çocuk diş hekimi katılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu sırasıyla Ankara (%27,4), İstanbul (%24,1), İzmir (%6,1) ve Antalya (%4,2) illerinde çalışmaktadır.

Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı.

Kurum (n=212)	n	%
Üniversite Hastanesi	96	45,3
Özel Hastane/Poliklinik	60	28,3
Devlet Hastanesi/ADSM	38	17,9
Özel Muayenehane	14	6,6
Çalışmıyorum	4	1,9

Katılımcıların %45,3'ünün üniversite hastanesinde, %28,3'ünün özel hastane/poliklinikte, %17,9'unun devlet hastanesi/ADSM'de, %6,6'sının özel muayenehanede çalıştığı görülmektedir. Verilere göre katılımcıların büyük bir çoğunluğu üniversite hastanesinde çalışmaktadır.

Tablo 4.7. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre lisans eğitimleri sırasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı.

Lisans Sırasında Eğitim(n=208)	Çalışılan Kurum								p**
	Devlet		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane-Poliklinik		Özel Muayenehane		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	12	31,6	23	24	27	45	5	35,7	0,056
Hayır	26	68,4	73	76	33	55	9	64,3	
Toplam	38	100	96	100	60	100	14	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi

Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre, lisans eğitimleri sırasında çocuk istismarıyla ilgili eğitim durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,056) (Tablo 4.7.)

Tablo 4.8. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre doktora/uzmanlık eğitimleri sırasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı.

Doktora/Uzmanlık Sırasında Eğitim (n=208)	Çalışılan Kurum								p**
	Devlet Hast./ADSM		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane-Poliklinik		Özel Muayenehane		
	n	%*	n	%	n	%*	n	%*	
Evet	20	52,6	47	49	28	46,7	10	71,4	0,397
Hayır	18	47,4	49	51	32	53,3	4	28,6	
Toplam	38	100	96	100	60	100	14	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi

Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre, doktora/uzmanlık eğitimleri sırasında çocuk istismarıyla ilgili eğitim durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,397) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre doktora/uzmanlık eğitimleri sonrasında çocuk istismarı ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı.

Doktora/ Uzmanlık Sonrasında Eğitim (n=208)	Çalışılan Kurum								p**
	Devlet Hast./ ADSM		Üniversite Hast.		Özel Hast.- Poliklinik		Özel Muayenehane		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	8	21,1	26	27,1	9	15	4	28,6	0,331
Hayır	30	78,9	70	72,9	51	85	10	71,4	
Toplam	38	100	96	100	60	100	14	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi

Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre, doktora/uzmanlık eğitimleri sonrasında çocuk istismarıyla ilgili eğitim durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,331). Doktora/uzmanlık sonrası eğitim almayanların yüzdesi, genel olarak her kurumda %71 üzerinde bulunmuştur. (Tablo 4.9.).

4.4. Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismarda Katılımcıların Bazı Risk Faktörlerini ve Riskli Durumları Değerlendirmesi

Çocuğa yönelik fiziksel istismar risk faktörlerinden aileye ait ve çocuğa ait risk faktörlerinin katılımcılar tarafından değerlendirilmesi sırasıyla Tablo 4.10. ve Tablo 4.11.'de gösterilmiştir. Çocuğun fiziksel istismara uğramış olabileceğini düşündürten riskli durumların katılımcılar tarafından değerlendirilmesi ise Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcılara sorulan aileye ait bazı fiziksel istismar risk faktörlerinin dağılımı.

Aileye Ait Risk Faktörleri* (n=212)	Evet	
	n	%
Bilgim yok	0	0
Ailede alkol/madde bağımlılığı	201	94,8
Aile içi şiddet olması	199	93,9
Ebeveynin depresyonda olması	177	83,5
Ebeveynin çocukluğunda istismara uğraması	175	82,5
İstenmeyen gebelik/evlilik dışı çocuk sahibi olma	166	78,3
Ailede ekonomik problemler	162	76,4
Üvey ebeveyn	149	70,3
Akrabalık ilişkisi olmayan bireylerle yaşama	130	61,3
Ailenin çok sayıda çocuk sahibi olması	124	58,5
Sosyal olarak izole aile	108	50,9
Genç yaşta çocuk sahibi olma	99	46,7
Sosyoekonomik düzeyin iyi olması	17	8,0

* Birden fazla yanıt mevcuttur. Yüzdeler her bir yanıt için toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı alınmıştır.

Katılımcılardan seçeneklerde yer alan aileye ait faktörlerden fiziksel istismar riskini arttırdığını düşündükleri faktörleri işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcıların %94,8'i (n=201) ailede alkol/madde bağımlılığını, %93,9'u (n=199) aile içi şiddeti, %83,5'i (n=177) ebeveynin depresyonda olmasını, %82,5'i (n=175) ebeveynin çocukluğunda istismara uğramış olmasını, %78,3'ü (n=166) istenmeyen gebelik/evlilik dışı çocuk sahibi olmayı, %76,4'ü (n=162) ailede ekonomik problemler bulunmasını, %70,3'ü (n=149) üvey ebeveynin bulunmasını, %61,3'ü (n=130) akrabalık ilişkisi olmayan bireylerle birlikte yaşamayı, %58,5'i (n=124) ailenin çok sayıda çocuk sahibi olmasını, %50,9'u (n=108) sosyal olarak izole bir aile olmasını, %46,7'si (n=99) genç yaşta çocuk sahibi olunmasını, %8'i, (n=17) sosyoekonomik düzeyin iyi olmasını çocuğa yönelik fiziksel istismar riskini arttıran risk faktörü olarak gördüklerini bildirmişlerdir.

Tablo 4.11. Katılımcılara sorulan çocuğa ait bazı fiziksel istismar risk faktörlerinin dağılımı.

Çocuğa Ait Risk Faktörleri	n	%
Bilgim yok	14	6,6
Fiziksel ya da zihinsel engelli olma*	172	86,9
İstenmeyen gebelik sonucu doğma*	142	71,7
Hiperaktif olma*	130	65,7
Cinsiyetin kız olması*	73	36,9
Yüz anomalisine sahip olma*	58	29,3
Kronik hastalığa sahip olma*	55	27,8
2 yaşından küçük olma*	33	16,7
En büyük kardeş olma*	27	13,6
Cinsiyetin erkek olması*	17	8,6
2 yaşından büyük olma*	16	8,1
Erken doğumla doğma*	7	3,5

* Risk faktörleri yüzdesi, “bilgim yok” diyen kişi sayısı (n=14) çıkartılarak, toplam (n=198) kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Ayrıca birden fazla yanıt mevcut olduğundan yüzdeler her bir yanıt için toplam kişi sayısı (n=198) üzerinden ayrı ayrı alınmıştır.

Katılımcılardan seçeneklerde yer alan fiziksel istismar riskini arttırdığını düşündükleri çocuğa ait risk faktörlerini işaretlemeleri istenmiştir. 14 katılımcı bu konuyla ilgili bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %86,9’u (n=172) çocuğun fiziksel ya da zihinsel engelli olmasını, %71,7’si (n=142) çocuğun istenmeyen gebelik sonucu doğmasını, %65,7’si (n=130) çocuğun hiperaktif olmasını, %36,9’u (n=73) çocuğun cinsiyetinin kız olmasını, %29,3’ü (n=58) çocuğun yüz anomalisine sahip olmasını, %27,8’i (n=55) çocuğun kronik bir hastalığa sahip olmasını, %16,7’si (n=33) çocuğun 2 yaşından küçük olmasını, %13,6’sı (n=27) çocuğun en büyük kardeş olmasını, %8,6’sı (n=17) çocuğun cinsiyetinin erkek olmasını, %8,1’i (n=16) çocuğun 2 yaşından büyük olmasını, %3,5’i (n=7)’si ise çocuğun erken doğumla doğmasını fiziksel çocuk istismarını arttıran risk faktörü olarak gördüklerini belirtmişlerdir. (Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. Katılımcılar tarafından çocuğun fiziksel istismara uğramış olabileceğini düşündüren bazı riskli durumların dağılımı

İstismar Şüphesini Düşündüren Durumlar	Evet	
	n	%
Çocuğun eve gitmekten korkması	210	99,1
Anlatılan hikâyeler arasında çelişki olması	209	98,6
Çocuğun ebeveynden korkması	197	92,9
Ailenin tıbbi yardım arayışında gecikme olması	189	89,2
Çocuğun depresif, mutsuz, içine kapanık olması	184	86,8
Ailenin aşırı endişeli/endişesiz olması	129	60,8
Çocuğun kendine zarar verdiği söylenmesi	108	50,9
Kardeşinin zarar verdiği söylenmesi	65	30,7

* Birden fazla yanıt mevcuttur. Yüzdeler her bir yanıt için toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı alınmıştır.

Çocuğun fiziksel istismara uğramış olabileceğini düşündürten riskli durumlar seçeneklerde katılımcılara sunulmuş ve katılımcıların işaretleme yapmaları istenmiştir. Katılımcıların %99,1'i (n=210) çocuğun eve gitmekten korkmasını, %98,6'sı (n=209) anlatılan hikâyeler arasında çelişki olmasını, %92,9'u (n=197) çocuğun ebeveynden çekinmesini, %89,2'si (n=189) tıbbi yardım arayışında gecikme olmasını, %86,8'i (n=184) çocuğun depresif, mutsuz, içine kapanık olmasını, %60,8'i (n=129) ailenin aşırı endişeli/endişesiz olmasını, %50,9'u (n=108) ebeveynin çocuğun kendi kendini yaraladığını bildirmesini, %30,7'si (n=65) ebeveynin çocuğun kardeşi tarafından yaralandığını bildirmesini fiziksel istismarı düşündüren durumlar olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.12.).

4.5. Katılımcıların Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismarla İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevapların Değerlendirilmesi

Ankette yer alan, çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan 14-27 arası soruların tamamını doğru yanıtlayan katılımcılar (n=6), tüm katılımcıların %2,8'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplar, detaylı olarak Tablo 4.13.'te belirtilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların çocuğa yönelik fiziksel istismar ile ilgili 14-27 arasındaki bilgi sorularına verdikleri cevapların değerlendirilmesi.

14-27 arası soruların Evet, Hayır, Emin Değilim Olarak Cevaplanması (n=212)	Evet		Hayır		Emin Değilim	
	n	%	n	%	n	%
14. Çocuğa yönelik fiziksel istismar, çocukluk çağı ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir.(E)	74	35	36	17	102	48
15. Çocuk diş hekimlerinin fiziksel istismar olgularını tanımakla ilgili olarak Tıp hekimleri kadar yükümlülükleri yoktur.(H)	10	4,7	177	84	25	12
16. Yanağın üzerindeki morluklar tokat atma veya yüzün parmaklar ile sıkıştırılması sonucu oluşabilir.(E)	205	97	0	0	7	3,3
17. Bir dişin avülse olmasına veya renk değiştirmesine neden olan tekrarlayan travmanın, istismar kaynaklı olma olasılığı düşüktür.(H)	18	8,5	147	69	47	22
18. Bebeklerde palatal, vestibüler bölgeler veya ağız tabanında görülen abrazyon ve laserasyon yaralanmaları “zorla yemek yedirmenin” belirtileri olabilir.(E)	160	76	21	9,9	31	15
19. Boyun çevresinde görülen morluklar genellikle kaza sonucu oluşan yaralanmalar ile ilişkilidir.(H)	18	8,5	150	71	44	21
20. İstismara uğrayan bir çocuk genellikle istismardan hemen sonra durumu birisine anlatır.(H)	7	3,3	157	74	48	23
21. İstismar olgularının çoğunda istismarcı çocuğun yakından tanımadığı bir kişidir.(H)	11	5,2	166	78	35	17
22. Kaza sonucu meydana gelmemiş yaralanmalarda genellikle alın, omuz, dirsek, diz gibi kemik çıkıntılarının üzerini örten deride morluklar görülmektedir.(H)	68	32	79	37	65	31
23. Çocuğun sıklıkla yaralanması ve vücudunda farklı iyileşme aşamalarında olan yaraların görülmesi istismar olasılığını düşündürür.(E)	195	92	6	2,8	11	5,2
24. Bir yaşın altında bir çocukta görülen üst labial frenum laserasyonu ve üst dudak iç kısmında görülen morluklar, istismar olasılığını düşündürmez.(H)	11	5,2	147	69	54	26
25. Yanıklar sıklıkla sıcak obje yaralanması şeklindedir.(E)	123	58	28	13	61	29
26. Yanıkların sürekli tekrarlanması fiziksel istismarı düşündürmelidir.(E)	203	96	3	1,4	6	2,8
27. Diş muayenesi/tedavisi sırasında baş ve boyun bölgesinde gözlenen ısırık izleri istismarın belirtisi değildir. (H)	2	0,9	198	93	12	5,7

14. soruda yer alan “Çocuğa yönelik fiziksel istismar, çocukluk çağı ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir” ifadesi doğru bir ifadedir. Katılımcıların %35’i (n=74) “evet” yanıtı vererek bu soruyu doğru cevaplamıştır. Katılımcıların %17’si (n=36) “hayır”, %48’i (n=102) ise “emin değilim” cevabını vererek bu soruya yanlış cevap vermiştir.

15. soruda yer alan ”Çocuk diş hekimlerinin fiziksel istismar olgularını tanımakla ilgili olarak tıp hekimleri kadar yükümlülükleri yoktur” ifadesi yanlış bir ifadedir. Katılımcıların %84’ü (n=177) bu soruya “hayır” yanıtı vererek soruyu doğru cevaplamıştır.

16. soruda bulunan “Yanağın üzerindeki morluklar tokat atma veya yüzün parmaklar ile sıkıştırılması sonucu oluşabilir” ifadesi doğru bir ifadedir. Katılımcıların %97’si bu soruya “evet” yanıtı vererek doğru cevaplamışlardır.

17. sorudaki “Bir dişin avülse olmasına veya renk değiştirmesine neden olan tekrarlayan travmanın, istismar kaynaklı olma olasılığı düşüktür.” İfadesi yanlış bir ifadedir. Bu soruya “hayır” yanıtı vererek doğru cevaplayan katılımcılar tüm katılımcıların %69’unu (n=147) oluşturmaktadır.

18. soruda bulunan “Bebeklerde palatal, vestibüler bölgeler veya ağız tabanında görülen abrazyon ve laserasyon yaralanmaları zorla yemek yedirmenin belirtileri olabilir “ ifadesi doğrudur. Katılımcıların %76’sı (n=160) bu soruda “evet” seçeneğini işaretleyerek doğru cevap vermişlerdir.

19. soru olan “Boyun çevresinde görülen morluklar genellikle kaza sonucu oluşan yaralanmalar ile ilişkilidir” ifadesi yanlıştır. Katılımcıların %71’i (n=150) bu soruya “hayır” yanıtını vermiş ve bu soruyu doğru cevaplandırmıştır.

20. sorudaki “İstismara uğrayan bir çocuk genellikle istismardan hemen sonra durumu birisine anlatır” ifadesi yanlıştır. Bu soruya “hayır” yanıtı vererek soruyu doğru cevaplayan katılımcılar, tüm katılımcıların %74’ünü (n=157) oluşturmaktadır.

21. sorudaki “İstismar olgularının çoğunda istismarcı çocuğun yakından tanımadığı bir kişidir” ifadesi yanlış bir ifadedir. Katılımcıların %78’i (n=166) “hayır” seçeneğini işaretleyerek bu soruya doğru cevap vermiştir.

22. soruda yer alan “Kaza sonucu meydana gelmemiş yaralanmalarda genellikle alın, omuz, dirsek, diz gibi kemik çıkıntılarının üzerini örten deride morluklar görülmektedir” ifadesi yanlış bir ifadedir. Katılımcıların %37’si (n=79)

“hayır” seçeneğini işaretleyerek bu soruya doğru yanıt vermiştir. Katılımcıların %32’si (n=68) “evet” seçeneğini, %31’i (n=65) ise “emin değilim” seçeneğini işaretleyerek soruyu yanlış cevaplandırmıştır.

23. soru olan “Çocuğun sıklıkla yaralanması ve vücudunda farklı iyileşme aşamalarında olan yaraların görülmesi istismar olasılığını düşündürür” ifadesi doğru bir ifadedir. Doğru cevabı katılımcıların %92’si (n=195) “evet” seçeneğini işaretleyerek vermiştir.

24. soruda bulunan “Bir yaştan altında bir çocukta görülen üst labial frenum laserasyonu ve üst dudak iç kısmında görülen morluklar, istismar olasılığını düşündürmez” ifadesine katılımcıların %69’u (n=147) “hayır” cevabı vererek soruya doğru cevap vermiştir.

25. soruda yer alan “Yanıklar sıklıkla sıcak obje yaralanması şeklindedir” ifadesi doğrudur. Bu ifadeyi “evet” cevabı vererek doğru yanıtlayan katılımcılar tüm katılımcıların %58’ini (n=123) oluşturmaktadır.

26. sorudaki “Yanıkların sürekli tekrarlanması fiziksel istismarı düşündürmelidir” ifadesi doğrudur. Doğru cevabı katılımcıların %96’sı (n=203) bu soruda “evet” seçeneğini işaretleyerek vermiştir.

27. soruda bulunan “Diş muayenesi/tedavisi sırasında baş ve boyun bölgesinde gözlenen ısırık izleri istismarın belirtisi değildir” ifadesi yanlış bir ifadedir. Bu soruyu “hayır” cevabı vererek doğru cevaplayan katılımcılar tüm katılımcıların %93’ünü (n=198) oluşturmaktadır.

4.6. Katılımcıların Meslek Hayatında Karşılaştıkları Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Şüphesi, Bildirimde Bulunulan Bazı Yerler ve Bazı Bildirimde Bulunmama Sebepleri

Katılımcıların meslek hayatlarında şüphelendikleri çocuk istismarı varlığı, çocuk istismarıyla karşılaşmaları durumunda bildirimde buldukları yerler, bildirimde bulunmamaları halinde ise bildirimde bulunmama sebepleri Tablo 4.14’te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların meslek hayatlarında şüphelendikleri çocuk istismarı varlığı, bildirimde bulunmaları halinde başvurdukları yerler, bildirimde bulunmamaları halinde bildirimde bulunmama sebepleri.

Meslek hayatında istismar şüphesi (n=212)	n	%
Hatırlamıyorum	27	12,7
Hayır	92	43,4
Evet	93	43,9
Bildirimde bulunma (n=93)		
Hatırlamıyorum	2	2,2
Evet	27	29,0
Bildirim yapılan yerler* (n=27)		
Kurumda daha yetkili kişi	21	77,8
Alo 155	3	11,1
Çocuk İzlem Merkezi	2	7,4
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	2	7,4
Alo 183	2	7,4
Karakol	1	3,7
Hatırlamıyorum	1	3,7
Sevgi Evi	-	-
En yakın hastane	-	-
Savcılık	-	-
Barolar Birliği	-	-
Alo 112 Acil Servis	-	-
Diğer	-	-
Hayır	64	68,8
Bildirimde bulunmama sebepleri*(n=64)		
Nereye/nasıl bildirim yapacağını bilmeme	25	38,5
Bildiri/rapor/tutanak olmaması	24	36,9
Çocuğun zarar görmesinden endişelenme	19	29,2
Hasta yakınlarının öfkesinden korkma	17	26,2
Emin olamama	14	21,5
Diğer**	9	13,8
Yasal süreçlere dahil olmak istememe	8	12,3
Bildirim yükümlülüğü olduğunu bilmeme	6	9,2
Belirtmek istememe	4	6,2
Aile içi mesele olduğunu düşünme	4	6,2
Meslek yaşamının zarar göreceği endişesi	3	4,6
Bildirmek için vakit olmaması	2	3,1

* Birden fazla yanıt mevcuttur. Yüzdeler her bir yanıt için belirtilen kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı alınmıştır.

** 9 Katılımcı; sonradan durumun istismar olmadığına anlaşılması (n=6), üniversitede bulunan öğretim görevlisinin onay vermemesi (n=2), hastanın başka hekimin hastası olması (n=1) şeklinde diğer seçeneği içerisinde bildirmeme sebebi açıklamıştır.

Katılımcıların %43,9'u (n=93) meslek hayatlarında çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelendiklerini belirtmiştir. %43,4'ü (n=92) böyle bir durumla karşılaşmadığını, %12,7'si (n=27) ise karşılaşmış karşılaşmadığını hatırlamadığını bildirmiştir (Tablo 4.14.).

Çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelendikleri bir durum olduğunu belirten (n=93) katılımcıların %29'u (n=27) şüphelendiği çocuk istismarı için bildirimde bulunduğunu belirtmiştir. Bildirimde bulunduğunu belirten (n=27) katılımcıların %77,8'i (n=21) bu bildirim kurumda bulunan daha yetkili kişiye yaptığını, %11,1'i (n=3) Alo 155'i aradığını, %7,4'ü (n=2) Çocuk İzlem Merkezi 'ne başvurduğunu, %7,4'ü (n=2) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na başvurduğunu, %7,4'ü (n=2) Alo 183'ü aradığını, %3,7'si (n=1) karakola başvurduğunu, %3,7'si (n=1) bildirim yaptığı yeri hatırlamadığını bildirmiştir. Sevgi evi, en yakın hastane, savcılık, barolar birliği, Alo 112 Acil Servis'e başvurduğunu belirten katılımcı olmamıştır (Tablo 4.14.).

Şüphelendiği bir durum olduğunu belirten (n=93) katılımcıların %68,8'i ise şüphelendiği çocuk istismarı için bildirimde bulunmadığını belirtmiştir. En fazla bildirimde bulunmama sebebi olarak katılımcıların %38,5'inin (n=25) nereye/nasıl bildirim yapacağını bilmeme seçeneğini işaretledikleri görülmüştür. Katılımcıların %36,9'unun (n=24) bildiri/rapor/tutanak olmaması sebebiyle, %29,2'sinin (n=19) çocuğun zarar görmesinden endişelenmeleri sebebiyle, %26,2'sinin (n=17) hasta yakınlarının öfkesinden korktukları için, %21,5'inin (n=14) emin olamadıkları için, %12,3'ünün (n=8) yasal süreçlere dahil olmak istemediği için, %9,2'sinin (n=6) bildirim yükümlülüğü olduğunu bilmediği için, %6,2'sinin (n=4) belirtmek istemediği için, %6,2'sinin (n=4) aile içi mesele olduğunu düşündüğü için, %4,6'sının ise (n=3) meslek yaşamının zarar göreceğinden korktuğu için bildirimde bulunmadıkları anlaşılmıştır (Tablo 4.14.).

Ankette bulunan seçenekler haricinde bildirmeme sebebi bulunan katılımcıların bu durumu diğer seçeneği altında yazmaları istenmiştir. Katılımcılar, sonradan durumun istismar olmadığı anlaşılması (n=6), üniversitede bulunan öğretim görevlisinin onay vermemesi (n=2), hastanın başka hekimin hastası olması (n=1) şeklinde bildirimde bulunmama sebeplerini açıklamışlardır.

Tablo 4.15. Katılımcıların lisans eğitimleri sonrası mesleki deneyim sürelerine göre çocuk istismarından şüphelenme durumlarının dağılımı.

İstismar Şüphesi	Lisans Sonrası Mesleki Deneyim Süresi (yıl)										p**
	<5		6-10		11-15		16-20		>21		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	16	41	45	48,4	13	37,1	7	33,3	12	50	0,8368
Hayır	18	48,2	39	41,9	16	45,7	10	47,6	9	37,5	
Hatırlamıyorum	5	12,8	9	9,7	6	17,1	4	19	3	12,5	
Toplam	39	100	93	100	35	100	21	100	24	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi

Katılımcıların lisans eğitimleri sonrası mesleki deneyim sürelerine göre, çocuğa yönelik istismardan şüphelenme durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,8368$) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.16. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimleri sonrası mesleki deneyim sürelerine göre çocuk istismarından şüphelenme durumlarının dağılımı.

İstismar Şüphesi	Doktora/Uzmanlık Sonrası Mesleki Deneyim Süresi (yıl)										p**
	<2		2-4		5-7		8-10		>10		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	44	46,3	17	41,5	12	42,9	6	40	14	42,4	0,964
Hayır	41	43,2	18	43,9	12	42,9	8	53,3	13	39,4	
Hatırlamıyorum	10	10,5	6	14,6	4	14,3	1	6,7	6	18,2	
Toplam	95	100	41	100	29	100	15	100	33	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi

Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimleri sonrası mesleki deneyim sürelerine göre, çocuğa yönelik istismardan şüphelenme durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,964$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.17. Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme durumlarının dağılımı.

İstismar Şüphesi (n=185)	Lisans Eğitimi Sırasında İstismar Eğitimi				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	33	51,6	60	49,6	0,798
Hayır	31	48,4	61	50,4	
Toplam	64	100	121	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, Analiz "Hatırlamıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Tablo 4.18. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme durumlarının dağılımı.

İstismar Şüphesi (n=185)	Doktora/Uzmanlık Eğitimi Sırasında İstismar Eğitimi				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	44	49,4	49	51,0	0,827
Hayır	45	50,6	47	49,0	
Toplam	89	100	96	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, Analiz "Hatırlamıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Tablo 4.19. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme durumlarının dağılımı.

İstismar Şüphesi (n=185)	Doktora/Uzmanlık Eğitimi Sonrasında İstismar Eğitimi				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	21	56,8	72	48,6	0,378
Hayır	16	43,2	76	51,4	
Toplam	37	100	148	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, Analiz "Hatırlamıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Katılımcıların lisans eğitimi sırasında, doktora/uzmanlık eğitimi sırasında ve doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik

fiziksel istismardan şüphelenme dağılımları incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.17.) (Tablo 4.18.) (Tablo 4.19.).

Tablo 4.20. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre meslek hayatlarında çocuk istismarından şüphelenme durumlarının dağılımı.

İstismar Şüphesi (n=208)	Çalışılan Kurum								p**
	Devlet Hast./ADSM		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane- Poliklinik		Özel Muayenehane		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	25	65,8	38	39,6	24	40	5	35,7	0,034
Hayır	9	23,7	41	42,7	32	53,3	7	50	
Hatırlamıyorum	4	10,5	17	17,7	4	6,7	2	14,3	
Toplam	38	100	96	100	60	100	14	100	

* Sütun yüzdesi, Analiz "Çalışmıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

** Ki-kare bağımsızlık testi, p<0,05

Çalışılan kuruma göre katılımcıların meslek hayatlarında çocuk istismarıyla karşılaşma durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Devlet hastanesi ya da ağız diş sağlığı merkezinde çalışan katılımcıların çocuk istismarından şüphelenme yüzdesi diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.20.).

Tablo 4.21. Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.

Bildirimde Bulunma (n=91)	Lisans Eğitimi Sırasında İstismar Eğitimi				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	10	30,3	17	29,3	0,921
Hayır	23	69,7	41	70,7	
Toplam	33	100	58	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, Analiz "Hatırlamıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Tablo 4.22. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.

Bildirimde Bulunma (n=91)	Doktora/Uzmanlık Eğitimi Sırasında İstismar Eğitimi				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	14	32,6	13	27,1	0,568
Hayır	29	67,4	35	72,9	
Toplam	43	100	48	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, Analiz "Hatırlamıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Tablo 4.23. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.

Bildirimde Bulunma (n=91)	Doktora/Uzmanlık Eğitimi Sonrasında İstismar Eğitimi				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	7	33,3	20	28,6	0,675
Hayır	14	66,7	50	71,4	
Toplam	21	100	70	100	

* Sütun yüzdesi

** Ki-kare bağımsızlık testi, Analiz "Hatırlamıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Katılımcıların lisans eğitimi sırasında, doktora/uzmanlık eğitimi sırasında ve doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili bildirimde bulunma dağılımları incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.21.) (Tablo 4.22.) (Tablo 4.23.).

Tablo 4.24. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre çocuğa yönelik istismardan şüphelenmeleri halinde bildirimde bulunma durumlarının dağılımı.

Bildirimde Bulunma (n=90)	Çalışılan Kurum								p**
	Devlet Hast./ ADSM		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane- Poliklinik		Özel Muayenehane		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	10	40	11	29,7	4	17,4	2	40	0,324
Hayır	15	60	26	70,3	19	82,6	3	60	
Toplam	25	100	37	100	23	100	5	100	

* Sütun yüzdesi

** Fischer'in kesinlik testi, Analiz "Hatırlamıyorum" ve "Çalışmıyorum" diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Çalıştıkları kuruma göre, katılımcıların çocuğa yönelik istismardan şüphelenmeleri halinde bildirimde bulunma durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,324) (Tablo 4.24.).

Katılımcıların çocuğa yönelik istismar durumunda bildirim yapacaklarını belirttikleri yerler Tablo 4.25'te gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Katılımcıların istismar şüphesi durumunda bildirim yapacaklarını belirttikleri yerler.

Bildirim Yapılan Yerler (n=212)	n	%
Bilmiyorum	47	22
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı*	79	47,9
Karakol*	58	35,2
Kurumda daha yetkili kişi*	53	32,1
Savcılık*	52	31,5
Çocuk İzlem Merkezi*	43	26,1
Alo 183*	32	19,4
Alo 155*	32	19,4
En yakın hastane*	7	4,2
Sevgi Evi*	3	1,8
Barolar Birliği*	1	0,6
Diğer*	1	0,6
Alo 112 Acil Servis*	-	-

* Bildirim yapılan yerlerin yüzdesi, "Bilmiyorum" diyen kişi sayısı (n=47) çıkartılarak, toplam (n=165) kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla yanıt mevcuttur.

Katılımcıların %47,9'u (n=79) istismar şüphesiyle karşı karşıya kaldığı bir durumda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bildirim yapacağını, %35,2'si (n=58) karakola, %32,1'i (n=53) kurumda daha yetkili kişiye, %31,5'i (n=52) savcılığa, %26,1'i (n=43) Çocuk İzlem Merkezi'ne, %19,4'ü (n=32) Alo 183'e, %19,4'ü (n=32) Alo 155'e, %4,2'si (n=7) en yakın hastaneye, %1,8'i (n=3) Sevgi Evi'ne, %0,6'sı (n=1) Barolar Birliği'ne bildirimde bulunacağını belirtmiştir (Tablo 4.25.). Diğer seçeneği olarak, pembe kod (çocuk kaçırma durumunda verilen kod) aranarak bildirimde bulunulacağı (n=1) belirtilmiştir

4.7. Katılımcıların Çocuğa Yönelik İstismar Bildiriminde Bulunmayan Diş Hekimlerine Uygulanan Bazı Yasal Yaptırımlarla İlgili Bilgi Düzeyleri

Ülkemiz yasalarına göre şüpheli istismar bildiriminde bulunmayan veya bildirimde gecikme gösteren diş hekimlerinin karşılaşacağı yasal yaptırımlar konusunda katılımcıların bilgi düzeyleri Tablo 4.26.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.26. Katılımcıların bildirimde bulunmayan diş hekimlerinin karşılaştığı yasal yaptırımlarla ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi.

Bildirimde Bulunmama Halinde Karşılaşılan Yasal Yaptırım (n=212)	n	%
Bilmiyorum	149	70,3
Kamu görevlisi ise 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası*	35	55,6
Kamu görevlisi değil ise 1 yıla kadar hapis cezası*	20	31,7
Kınama cezası*	15	23,8
Yasal bir yaptırım yoktur*	14	22,2
Para cezası*	4	6,3
Meslekten men cezası *	-	-
Diğer*	-	-

* Karşılaşılan yasal yaptırımların yüzdesi, "bilmiyorum" diyen kişi sayısı (n=149) çıkartılarak, toplam (n=63) kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla yanıt mevcuttur.

Katılımcılara şüpheli istismar durumunda bildirimde bulunmayan veya bildirimde gecikme gösteren diş hekiminin karşılaşacağı yaptırımlarla ilgili bilgilerini öğrenmek amacıyla seçenekler sunulmuştur. Katılımcıların %70,3'ü (n=149) bilmiyorum cevabını vermiştir. Geriye kalan (n=63) katılımcıların %55,6'sı (n=35) kamu görevlisiyse 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır, %31,7'si (n=20) kamu görevlisi değil ise 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır, %23,8'i (n=15)

kınama cezası alır, %22,2 (n=14) yasal bir yaptırım yoktur, %6,3'ü (n=4) para cezası alır olarak belirtmiştir (Tablo 4.26.). Kamu görevlisiyse 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır, kamu görevlisi değil ise 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır seçeneklerinin her ikisi de doğrudur. Her iki seçeneği de aynı anda işaretleyenler yani doğru cevaplayanlar 17 kişidir. Toplam kişi sayısı üzerinden değerlendirdiğimizde bu soruyu doğru cevaplayanlar %8 dir.

Tablo 4.27. Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre yasal yaptırımla ilgili “bilmiyorum” seçeneğini işaretleme durumlarının dağılımı.

Lisans Eğitimi Sırasında İstismar Eğitimi					
Yasal Yaptırımı Bilmeme (n=212)	Evet		Hayır		p**
	n	%*	n	%*	
Evet	41	60,3	108	75,0	0,029
Hayır	27	39,7	36	25,0	
Toplam	68	100	144	100	

Katılımcıların, lisans eğitimi sırasında çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre, bildirimde bulunmamaları ya da gecikmeleri halinde karşılaşılabilecek yasal yaptırım sorusuna “bilmiyorum” seçeneğini işaretleme dağılımları incelenmiş ve istismarla ilgili bir eğitim almadığını belirten katılımcıların yasal yaptırımı bilmeme yüzdesi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.27.).

4.8. Katılımcıların Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Yeterliliklerinin Sorgulanması

Çocuğa yönelik fiziksel istismar tanısının konması ve bildirimi konusunda katılımcılara kendilerini yeterli bulup bulmadıkları sorulmuştur, yanıtlar Tablo 4.28.'de verilmiştir.

Tablo 4.28. Katılımcıların çocuk istismarı konusunda kendilerini yeterli bulma durumları.

Çocuk İstismarını Tanılama ve Bildirme Konusunda Yeterli Olma (n=212)		
	n	%
Evet	33	15,6
Havır	95	44,8
Emin Değilim	84	39,6

Katılımcıların %44,8'i (n=95) kendilerini çocuk istismarı tanısı koyma ve bildirmede yeterli bulmamaktadır. %15,6'sı (n=33) bu konuda kendini yeterli bulurken, %39,6'sı (n=84) emin olmadığını bildirmiştir.

Tablo 4.29. Katılımcıların doktora/uzmanlık sonrası mesleki deneyim sürelerine göre kendilerini çocuk istismarı konusunda yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması.

Yeterli Bulma	<u>Doktora/Uzmanlık Sonrası Mesleki Deneyim Süresi (yıl)</u>										p**
	<2		2-4		5-7		8-10		>10		
	n	%	n	%	n	%*	n	%	n	%	
Evet	13	13,7	7	17,1	3	10,7	2	13,3	8	24,2	0,511
Hayır	45	47,4	20	48,8	15	53,6	4	26,7	11	33,3	
Emin Değilim	37	38,9	14	34,1	10	35,7	9	60	14	42,4	
Toplam	95	100	41	100	28	100	15	100	33	100	

*Sütun yüzdesi

**Ki-kare bağımsızlık testi

Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sonrasındaki mesleki deneyim sürelerine göre, çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili kendilerini yeterli bulma durumları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,511) (Tablo 4.29.).

Tablo 4.30. Katılımcıların lisans eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre kendilerini istismar konusunda yeterli bulma durumlarının dağılımı.

Yeterli Bulma	<u>Lisans Eğitimi Sırasında İstismar Eğitimi</u>				p**
	Evet		Hayır		
	n	%*	n	%*	
Evet	6	8,8	27	18,8	0,147
Hayır	31	45,6	64	44,4	
Emin Değilim	31	45,6	53	36,8	
Toplam	68	100	144	100	

*Sütun yüzdesi

**Ki-kare bağımsızlık testi

Lisans eğitimleri sırasında katılımcıların çocuk istismarıyla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismarı tanılama ve bildirme konusunda

kendilerini yeterli hissetme durumları değerlendirilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,147$) (Tablo 4.30.).

Tablo 4.31. Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre kendilerini istismar konusunda yeterli bulma durumlarının dağılımı.

Doktora/Uzmanlık Sırasında İstismar Eğitimi					
Yeterli Bulma	Evet		Hayır		p**
	n	%*	n	%*	
Evet	15	14,0	18	17,1	<0,001
Hayır	36	33,6	59	56,2	
Emin Değilim	56	52,3	28	26,7	
Toplam	107	100	105	100	

* Sütun yüzdesi

* Ki-kare bağımsızlık testi, $p<0,001$

Katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında çocuğa yönelik istismar eğitimi alma durumlarına göre kendilerini çocuğa yönelik istismarı tanılama ve bildirmede yeterli bulma düzeyleri değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Doktora/uzmanlık eğitimi sırasında çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim aldığını belirten katılımcıların, kendilerini istismar konusunda yeterli bulup bulmadıkları sorusuna verdikleri “Emin değilim” cevabı diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.31.).

Tablo 4.32. Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre çocuğa yönelik istismarla ilgili kendilerini yeterli bulma durumlarının dağılımı.

Yeterli Bulma	Çalışılan Kurum								p**
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Evet	7	18,4	16	16,7	7	11,7	2	14,3	0,462
Hayır	19	50	37	38,5	28	46,7	9	64,3	
Emin Değilim	12	31,6	43	44,8	25	41,7	3	21,4	
Toplam	38	100	96	100	60	100	14	100	

*Sütun yüzdesi

**Ki-kare bağımsızlık testi Analiz “Çalışmıyorum” diyen katılımcılar çıkartılarak yapılmıştır.

Çalışılan kuruma göre katılımcıların kendilerini çocuğa yönelik istismarı tanımlama ve bildirme konusunda yeterli bulma durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,462$) (Tablo 4.32.)

4.9. Katılımcıların Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Bilgi ve Eğitim Sahibi Olma İsteklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların çocuğa yönelik fiziksel istismar konusunda daha fazla bilgi ve eğitim sahibi olma konusundaki istekleri ve katılımcıların eğitimi nerden ve kimden almak istedikleri Tablo 4.33.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.33. Katılımcıların fiziksel istismar konusunda bilgi ve eğitim sahibi olma İstekleri, bilgi ve eğitim sahibi olmak istenen yerler, kurumlar ve kişiler.

Bilgi ve Eğitim Sahibi Olma (n=212)	n	%
Hayır	1	0,5
Emin Değilim	6	2,8
Evet	205	96,7
Bilgi Sahibi Olmak İstenen Yer* (n=113)		
Üniversite	46	40,7
Kurs/Seminer/Kongre	32	28,3
Diğer	35	31
Bilgi Sahibi Olmak İstenen Kurum/Kişi**		
Yetkili kişi	55	25,9
Adli Tıp Uzmanı	32	15,1
Çocuk Psikiyatristi	26	12,3
Avukat	25	11,8
Diğer	22	10,4
TPD/TDB/Dış Hekimleri Odası	17	8,0
Pedagog	14	6,6
Sağlık Bakanlığı/Çocuk İstismar Merkezi	12	5,7
Emniyet Birimi	6	2,8
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	6	2,8

*Yüzdeler, bilgi sahibi olmak istediği yeri belirtmeyen kişi sayısı (n=99) çıkartılarak hesaplanmıştır.

** Birden fazla yanıt mevcuttur. Yüzdeler her bir yanıt için toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı alınmıştır.

Katılımcıların %97'si çocuk istismarı hakkında bilgi ve eğitim sahibi olmak istediğini belirtmiştir. Bu yüzde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır (Tablo 4.33.).

Katılımcıların çocuk istismarı hakkında nerede ve kim tarafından bilgi sahibi olmak istediklerini yazılı olarak belirtmeleri istenmiştir. Nerede bilgi sahibi olmak istedikleri sorusunu 113 katılımcı cevaplamıştır. Katılımcıların cevapları 3 ayrı grupta

değerlendirilmiştir. Cevaplayan katılımcıların %40,7'si (n=46) istismar eğitimi üniversitede almak istediğini, %28,3'ü (n=32) istismar eğitimi kurs/seminer/kongrede yapılacak sunumlarda almak istediği belirtmiştir. Belirli bir çoğunluğa ulaşamayan fikirler diğer seçeneği altında gruplandırılmıştır (Tablo 4.9.1.). Katılımcılar sırasıyla yaşadığı şehirde (n=11), çalıştığı kurumda (n=5), doktora eğitimi esnasında/lisans eğitimi içerisinde (n=3), fakültede mezuniyet sonrası eğitim programında (n=3), hastane kalite biriminde (n=1), sertifika veren bir kurumda (n=1), mail yoluyla (n=1), meslek içi eğitimde (n=1), hastanede (n=1), ulaşımı kolay bir yerde (n=1), konferans salonunda (n=1), dernek toplantısında (n=1) eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. 5 katılımcı ise emin olmadığını bildirmiştir.

Kim tarafından bilgi sahibi olmak istedikleri sorusunu cevaplandırılan 212 katılımcının verdiği cevaplar 10 grupta toplanmıştır. Katılımcıların %25,9'u (n=55) yetkili bir kişi tarafından, %15,1'i (n=32) adli tıp uzmanı tarafından, %12,3'ü (n=26) çocuk psikiyatristi tarafından, %11,8'i (n=25) avukat tarafından, %8'i (n=17) Türk Pedodonti Derneği, Türk Diş Hekimleri Birliği, Diş Hekimleri Odası gibi meslek örgütleri tarafından, %6,6'sı (n=14) pedagog tarafından, %5,7'si Sağlık Bakanlığı/Çocuk İstismar Merkezi tarafından, %2,8'i (n=6) emniyet biriminden, %2,8'i (n=6) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından eğitim almak istediklerini belirtmiştir. Belirli bir çoğunluğa ulaşamayan fikirler diğer seçeneği altında toplanmıştır. Akademisyen tarafından (n=5), çocuk diş hekimi tarafından (n=4), sosyolog tarafından (n=1), milli eğitim bakanlığı tarafından (n=1), sağlık otoritelerinden (n=1), bu konuda yayın yapmış bir kişi tarafından (n=1), lisans eğitimi içerisinde hocaları tarafından (n=1), doktora eğitimi içerisinde hocaları tarafından (n=1) eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. 7 katılımcı ise emin olmadığını bildirmiştir.

5. TARTIŞMA

İstismar şüphesinin açığa çıkartılmasında multidisipliner yaklaşımın esas olduğu bilinmektedir. Adli tıp uzmanlarının yanı sıra, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve çocuk cerrahisi uzmanları, psikolog ve sosyal hizmet uzmanları bu multidisipliner yaklaşımın içerisinde yer almaktadır (57). Çocuk diş hekimleri de, hastalarının çocuk olması, fiziksel istismara bağlı yaralanmaların yaklaşık % 50'sinin diş hekimi tarafından fark edilebilecek yüz ve baş bölgesindeki yaralanmaları içermesi ve bu yaralanmaların % 25'inin de ağız içerisinde veya etrafında meydana gelmesi nedeniyle bu konuda önemli bir role sahiptir (31). Ayrıca çocuk diş hekimleri, diğer hekimlere çocuk istismarının ağız ve diş bulguları hakkında bilgi ve yardım sağlayabilmektedirler (57).

Rutin bir fizik muayene veya başka bir nedenden dolayı yapılan bir muayene sırasında beklenmedik bir şekilde fiziksel istismar şüphesi ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple çocuk diş hekimlerinin; hangi durumlarda şüphelenilmesi gerektiği, bu konuda hem ebeveynlerden hem hastadan gerekli anamnezin nasıl alınması gerektiği, hangi faktörlerin göz önünde bulundurulacağı, nereye bildirim yapılacağı ve bu konudaki yasal yaptırımlar hakkında kapsamlı bir bilgi düzeyine sahip olması gerekmektedir.

Çalışmamızda avantajları sebebiyle elektronik anket tercih edilmiştir (107). Elektronik anketlerin verileri web tabanlı anket paketleri kullanılarak kolayca analiz edilebilmektedir (108). Veriler uygun istatistiksel yazılımlara aktararak daha karmaşık istatistiksel analizler de yapılabilmektedir. Bu özellik sayesinde genellikle büyük veri kümelerini ele alırken gereken zaman ve insan hatası olasılığı azalmakta, analizin güvenilirliği ise artmaktadır (107, 109).

Araştırmamızda Türkiye'deki doktora veya uzmanlığını tamamlamış bütün çocuk diş hekimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. Doktora ve uzmanlık eğitimi devam eden bireyler ise çalışmaya dahil edilmemiştir. Türk Pedodonti Derneği'ne kayıtlı çocuk diş hekimlerine ait e-posta adreslerine hazırlanan elektronik anket formunun linki gönderilmiştir. İlk e-posta gönderildikten sonra, ikişer hafta ara ile 6 kez daha hatırlatma e-postaları gönderilmiştir. On iki haftalık veri toplama süresi sonunda anketin cevaplanma yüzdesi %40,9 olmuştur. Çalışmamızda kullanılan anketin cevaplanma yüzdesi, El Sarraf ve ark.'nın (110) çalışmasından yüksektir; ancak bu konuda yapılmış diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur (98, 102, 105, 106, 111).

Çalışmamızda mesleki deneyim süreleri, istismar ile ilgili eğitim alma, meslek yaşamında istismardan şüphelenme, nerelere bildirimde bulunulabileceği, bildirimde bulunulmadığında yasal yaptırımların neler olduğu sorgulanmıştır. Doktora/uzmanlık sonrası mesleki deneyim süreleri göz önüne alındığında katılımcıların neredeyse yarısının (%44,8) 2 yıl ve 2 yıldan daha kısa bir süredir uzmanlık/doktora eğitimini tamamlamış olduğu öğrenilmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının 30-34 yaş aralığında olduğu ve 2 yıl ve daha kısa bir süredir uzman/doktor olduğu dikkate alınır, El Sarraf ve ark. (110) çalışmasından farklı olarak, çalışmamızda mesleki deneyim ve performans döneminin daha düşük olduğu gruptan daha fazla katılım olduğu belirtilebilir.

Elde edilen verilere göre, lisans eğitimi sırasında çocuğa yönelik istismar eğitimi almadığını bildiren katılımcıların yüzdesi %67,9'dur. Çalışmamızda aynı zamanda katılımcıların doktora/uzmanlık eğitimi sırasında ve sonrasında çocuğa yönelik istismar eğitimi alıp almadıkları da sorgulanmıştır. Katılımcıların sırasıyla %49,5 ve %77,4'ü böyle bir eğitim almadığını bildirmiştir. Kaur ve ark. (112) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %54'ünün lisans eğitimi sırasında çocuk istismarı eğitimi almadığını belirtmiştir. Deshpande ve ark. (113) 2015 yılında Hindistan'da 89 tıp, 41 diş hekimliği araştırma görevlisiyle yaptıkları çalışmada, diş hekimlerinin %56,1'inin, tıp hekimlerinin ise %46,1'inin lisans eğitimi sırasında çocuk istismarı konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Ramos-Gomez ve ark. (98) 1998 yılında Kaliforniya eyaletinde 2005 diş hekimiyle yaptıkları çalışmada katılımcıların %28'inin lisans eğitimi sırasında çocuk istismarı eğitimi aldığını belirtmiştir. Çocuğa yönelik istismarla ilgili olarak alınan eğitim düzeyi diğer çalışmalarla benzerlikler göstermektedir.

Çalışmamızda, çocuğa yönelik fiziksel istismar riskini artıracak aileye ait faktörlerden "Ailede alkol veya madde bağımlılığı olan birey olması" ve "Aile içinde şiddet olması" katılımcılar tarafından en sık işaretlenen seçeneklerdendir. "Ailenin sosyoekonomik olarak iyi durumda olması" çocuğa yönelik fiziksel istismar riskini artıran bir faktör olarak en düşük yüzdeyle işaretlenmiştir (%8). Manea ve ark.'na (13) göre, yaptıkları çalışmada katılımcılar "Çocuk istismarı genellikle düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkilidir." ifadesini %50'si yanlış kabul ederek doğru yanıtlamıştır. Vijay ve ark.'nın (100) yaptıkları çalışmaya göre ise "Çocuk istismarı

belirli sosyoekonomik gruplarda daha yaygındır.” ifadesi katılımcıların %29’u tarafından yanlış kabul edilerek doğru yanıtlanmıştır. Vijay ve ark. (100) ve Manea ve ark.’nın (13) çalışmalarında belirttikleri üzere çocuk istismarı, düşük sosyoekonomik sınıflarda daha belirgin olmakta birlikte, tüm kültürlerde ve sosyoekonomik sınıflarda gözlenmekte ve bu konuda herhangi bir sosyal, eğitimsel veya ekonomik sınırlılık bulunmamaktadır. Ancak A.B.D.’inde 2005-2006 yılında yapılan 4. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmali İnsidans Çalışması’na göre düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerde yaşayan çocuklar, daha fazla istismar yüzdesine sahiptir (38). Eckenrode ve ark. (114) da orta ve düşük seviyedeki yoksulluğun çocuk istismarını arttırdığını belirtmiştir. Sosyoekonomik düzey ve çocuk istismarı arasındaki ilişki net olmamakla birlikte, sunulan çalışmada da bu konuyla ilgili doğru yanıt Vijay ve ark. (100) ve Manea ve ark. (13) çalışmasında belirtildiği gibi kabul edilmiştir. Çalışmamızda “sosyoekonomik düzeyin iyi olması” seçeneği %8 yüzdeyle risk faktörü olarak işaretlenerek diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur (13, 100).

Çalışmamızda, 12. soruda yer alan ve çocuğa yönelik fiziksel istismar riskini arttıracak kurbanı ait (çocuğa) faktörlerden “Çocuğun fiziksel veya zihinsel engelli olması” ile “Çocuğun istenmeyen bir gebelik sonucu doğması” en sık işaretlenen seçeneklerdendir. Al-Dabaan ve ark. (115) da çalışmamızla benzer olarak “Çocuğun engelli olmasını” %76,2’lik yüksek bir yüzdeyle çocuğa yönelik fiziksel istismarı artırıcı bir faktör olarak katılımcılar tarafından seçildiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda “Çocuğun beklenen zamandan erken doğmuş olması” ve “Çocuğun erkek olması” ise katılımcıların en düşük yüzdeyle işaretlediği seçeneklerdir. Yapılan istatistiklere göre genellikle erkekler, kızlara göre daha yüksek yüzdeyle fiziksel istismara maruz kalmaktadır (48). Ayrıca bebeğin erken ve düşük doğum ağırlığı ile doğmasının istismar riskini artırıcı faktörlerden olduğu bilinmektedir (31).

Çalışmamızın 13. sorusunda belirtilen “Aşağıdaki durumlardan hangisiyle karşılaştığınızda bir çocuğun istismara uğramış olabileceğini düşünürsünüz?” sorusuna yanıt olarak sunulan seçeneklerin hepsi çocuğa yönelik istismarı düşündürecek faktörlerdendir. “Ebeveynin, çocuğun kardeşi tarafından yaralandığını bildirmesi” durumu %37’lik yüzdeyle bu soruda en az işaretlenen faktör olmuştur. Ancak, çocuk diş hekimleri böyle bir durumla karşılaştıklarında sadece ebeveynin söyledikleriyle sınırlı kalmamalı ve bir istismar olasılığını dikkate alarak çocuğa da

nasıl yaralandığı hakkında soru yöneltmelidir. “Çocuğun eve gitmekten korkması” %99,1, “Anlatılan hikayeler arasında çelişki olması” seçeneği %98,6, “Çocuğun ebeveyninden çekinmesi” %92,9, “Ebeveynin tıbbi yardım arayışında gecikmesi” seçeneği çalışmamızda %89,2, “Ailenin aşırı endişeli/endişesiz olması” ise %60,8 yüzdeyle en sık işaretlenen diğer seçeneklerdir. Al-Habsi ve ark.’nın (116) 2009 yılında serbest diş hekimleri ve çocuk diş hekimlerinden oluşan 105 katılımcıyla yaptıkları çalışmada ve Al-Dabaan ve ark.’nın (115) 2014 yılında 122 katılımcıyla Suudi Arabistan’da yaptıkları çalışmada “Ebeveynin tıbbi yardım arayışında olmaması” katılımcıların sırasıyla %100’ü ve %81’i tarafından çocuğa yönelik istismarı düşündürecek bir durum olarak kabul edilmiştir. Deshpande ve ark.’nın (113) yaptıkları çalışmada ise, “Çocuğun ebeveyninden veya eve gitmekten korkması” ifadesi katılımcıların %92,3’ü tarafından çocuğa yönelik istismarı düşündürecek bir durum olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızın bulguları yapılmış diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Sunulan çalışmanın anketinde 14-27 arasında yer alan ve bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen doğru yanıtların yüzdesi çocuk istismarıyla ilgili olarak yapılmış olan diğer çalışmalarda elde edilen yüzdeler ile karşılaştırılmıştır. Buna göre “İstismara uğrayan çocuk genellikle istismardan hemen sonra durumu birisine anlatır.” ifadesini Deshpande ve ark.’nın (113) çalışmasında katılımcıların %69,2’si, Ramos-Gomez ve ark.’nın (98) çalışmasında %84’ü, Mogaddam ve ark.’nın (111) çalışmasında %78’i, çalışmamızda ise %74’ü doğru cevaplamışlardır.

“İstismar olgularının çoğunda istismarcı çocuğun yakından tanımadığı bir kişidir.” ifadesini Deshpande ve ark. (113) yaptıkları çalışmada katılımcıların %82’si, Mogaddam ve ark.’nın (111) çalışmasında %83’ü, bizim çalışmamızda ise %78’i doğru yanıtlamışlardır.

“Kaza sonucu meydana gelmemiş yaralanmalarda, genellikle alın, omuz, dirsek, diz gibi kemik çıkıntılarının üzerini örten deride morluklar görülmektedir.” ifadesini Deshpande ve ark.’nın (113) yaptıkları çalışmada katılımcıların %34,6’sı, Ramos-Gomez ve ark.’nın (98) çalışmasında %63’ü, Sonbol ve ark.’nın (106) çalışmasında %35’i, çalışmamızda ise %37’si doğru cevaplamıştır.

“Bir dişin avülse olmasına veya renk değiştirmesine neden olan tekrarlayan travmanın, istismar kaynaklı olma olasılığı düşüktür.” ifadesini Deshpande ve ark.’nın

(113) yaptıkları çalışmada katılımcıların %40,8'i, Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) çalışmasında %83'ü, Sonbol ve ark.'nın (106) çalışmasında %60'ı, bizim çalışmamızda ise %69'u doğru cevaplamıştır.

Al-Habsi ve ark.'nın (116) yaptığı çalışmaya katılan serbest diş hekimlerinin %85'i, çocuk diş hekimlerinin ise yaklaşık %100'ü frenum laserasyonunun ve dişte meydana gelen kırıkların çocuğa yönelik istismar şüphesini düşündürdüğünü bildirmiştir. Çalışmamızda ise bu sorular, "Bir dişin avülse olmasına veya renk değiştirmesine neden olan tekrarlayan travmanın, istismar kaynaklı olma olasılığı düşüktür." ve "Bir yaşın altında bir çocukta görülen üst labial frenum laserasyonu ve üst dudak iç kısmında görülen morluklar, istismar olasılığını düşündürmez." ifadeleriyle ayrı sorular şeklinde sorulmuş ve katılımcıların %69'u bu soruları doğru yanıtlamıştır.

"Boyun çevresinde görülen morluklar genellikle kaza sonucu oluşan yaralanmalarla ilişkilidir" ifadesi Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) yaptıkları çalışmada katılımcıların %81'i, Al-Dabaan ve ark.'nın (115) çalışmasında %81'i, çalışmamızda ise %71'i doğru cevaplamıştır.

"Baş boyun bölgesinde gözlenen ısırık izleri istismarın belirtisi değildir." ifadesini Deshpande ve ark.'nın (113) yaptıkları çalışmada katılımcıların %76,9'u, Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) çalışmasında %84'ü, Sonbol ve ark.'nın (106) çalışmasında %88'i, çalışmamızda ise %93'ü doğru cevaplandırmıştır.

Çalışma anketinde yer alan "Yanıkların sürekli olarak tekrarlaması fiziksel istismarı düşündürmelidir." ifadesinin benzerini Ramos-Gomez ve ark. (98) "Muayene sırasında fark edilen yanıklar istismarı düşündürmelidir." şeklinde katılımcılarına sormuştur. Ramos-Gomez ve ark. (98) çalışmasında katılımcıların %84'ü, çalışmamızda ise katılımcıların %94'ü doğru yanıtlamıştır.

Anketimizde bulunan ve bilgi düzeyini ölçen 14-27 arasındaki sorulara katılımcılarımızın verdiği yanıtların diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmüştür. Ancak diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda, 14-27 arası soruların tamamını doğru cevaplayan katılımcıların yüzdesi de analiz edilmiştir. Buna göre katılımcıların yalnızca %2,8'inin soruların tamamını doğru cevapladığı gözlenmiştir.

Çocuğa yönelik istismarın bildirimini diş hekimliğinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (117). Çalışmamıza katılan çocuk diş hekimlerinin, çocuğa

yönelik istismardan şüphelenme ve bildirme yüzdesi çok düşüktür. Yapılan diğer çalışmalarla benzer olarak (98, 99, 116), çalışmamıza katılan çocuk diş hekimlerinin %43,9'u meslek yaşamları içerisinde çocuk istismarından şüphelenmişlerdir. Ancak çalışmamızda katılımcıların sadece %12'si ya da başka bir deyişle, şüphelenen katılımcıların %29'u bildirimde bulunduğunu belirtmiştir. Kilpatrick ve ark. (99) yaptıkları çalışmada çocuk diş hekimlerinin %58'inin, serbest diş hekimlerinin ise %24'ünün çocuğa yönelik istismardan şüphelendiğini belirtilmiş; ancak çocuk diş hekimlerinin %36'sının, serbest diş hekimlerinin ise %10'unun bu durum için bir bildirimde bulduklarını bildirmiştir. Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) çalışmasında diş hekimlerinin %16'sının son 5 yıl içerisinde çocuk istismarı veya ihmalinden şüphelendiği bildirilmiştir. Ancak katılımcıların sadece %6'sı şüphelendiği durum için bildirimde bulunmuştur. Al-Habsi ve ark. (116) ise katılımcıların %15'inin çocuk istismarından şüphelendiğini ancak %6'sının -yani şüphelenenlerin yaklaşık yarısının- çocuk koruma servisine başvurduğunu belirtmiştir. Bu bulgulara paralel olmak üzere istismardan şüphelenme ve bildirimde bulunma yüzdeleri değişik çalışmalarda şu şekilde yer almaktadır: Vijay ve ark.'nın (100) yaptıkları çalışmada %8 ve %1; Azevedo ve ark.'nın (117) çalışmasında %14,3 ve %3; Hashim ve ark.'nın (118) çalışmasında %27 ve %8; Owais ve ark.'nın (105) çalışmasında %42 ve %20; El Sarraf ve ark.'nın (110) çalışmasında ise %36 ve %12 olarak bulunmuştur.

Dalledone ve ark. (119) 2015 yılında yaptıkları çalışmada, mesleki deneyim süresine göre çocuk istismarından şüphelenme dağılımını değerlendirmiş ve 20 yıldan daha fazla mesleki tecrübesi olan katılımcıların çocuk istismarından şüphelenme yüzdesini istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde anlamlı bulmuştur. Manea ve ark. (13) 2007 yılında, İtalya'nın kuzeydoğusunda, 11 diş hekimliği öğrencisi ve 95 tıp ve diş hekimini içeren çalışmalarında yaş gruplarına göre çocuk istismarından şüphelenme dağılımı incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,8368$). Dalledone ve ark. (119) ve Manea ve ark.'nın (13) çalışmalarıyla bizim çalışmamız arasında görülen bu farklılığın sebebi olarak, 6-10 yıl arası mesleki tecrübesi olan katılımcılarımızın %43,9'luk bir yüzdeyle çoğunluğu oluşturmaları ve 20 yıldan daha fazla mesleki tecrübesi olan katılımcıların ise %11,3 gibi çok düşük bir yüzdede bulunmalarının olabileceği düşünülmektedir.

Azevedo ve ark. (117) çalışılan kuruma göre çocuk istismarından şüphelenme dağılımını incelenmiş ve üniversitede çalışan diş hekimlerinin çocuk istismarından şüphelenme yüzdesini istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulmuştur. Çalışmamızda ise devlet hastanesi veya ağız diş sağlığı merkezinde çalışan katılımcıların çocuk istismarından şüphelenme yüzdesi diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Azevedo ve ark. (117) çalışmalarında elde ettikleri sonucu, ülkelerindeki üniversitelerde daha fazla sayıda hasta görülmesiyle ilişkilendirmiştir. Çalışmalar arasında görülen bu farklılık da ülkemiz devlet hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinde genellikle daha fazla sayıda hasta görülmesiyle ilişkilendirilebilir.

Manea ve ark. (13) yaptıkları çalışmada katılımcıların çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarıyla karşılaşma dağılımları incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonbol ve ark. (106) Ürdün’de 2012 yılında 256 katılımcıyla yaptıkları çalışmada kişinin lisans eğitimi sırasında ders olarak çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim alma durumuna göre bildirimde bulunma sıklığını incelemişler ve gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır. Çalışmamızda ise katılımcıların lisans eğitimi sırasında, doktora/uzmanlık eğitimi sırasında ve doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında eğitim alma durumlarına göre çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenme ve bildirme dağılımları incelenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Manea ve ark. (13) yaptıkları çalışmada, son birkaç yılda üniversitelerde çocuğa yönelik istismarla ilgili derslerin yaygın hale geldiğini; bu durumla birlikte katılımcıların, mezuniyet yılları ile uyumlu olarak, çocuğa yönelik istismarla ilgili bilgi düzeyini ölçen soruları 15 kat daha fazla doğru yanıtlayabildiklerini belirtmişlerdir. Sonbol ve ark. (106) ise çalışmalarında katılımcıların çocuk istismarı konusunu özellikle üniversitede ders olarak alıp almadığını sorgulamıştır. Bilindiği üzere Türkiye’deki diş hekimliği çekirdek eğitim müfredatında çocuğa yönelik istismarla ilgili verilen bir ders bulunmamaktadır. Ayrıca çalışmamızda katılımcılara, aldıkları eğitimin saatine, sıklığına ya da niteliğine dair herhangi bir soru sorulmamıştır. Bu sebeple, çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim aldığını belirten katılımcılarımızın aldıkları eğitimin

özellikleri kapsamlı olarak bilinmemektedir. Çalışmalar arasında görülen bu farklılığın, yukarıda belirtilen sebeplerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Uldum ve ark. (120) 2010 yılında Danimarka'da diş hekimlerini ve dental hijyenistleri içeren 1145 katılımcının, çalıştıkları kuruma göre çocuk istismarını bildirme durumlarının dağılımı incelemiştir. Çalışma sonucuna göre, bir kamu kuruluşunda çalışan katılımcıların özel bir kurumda çalışanlara göre bildirimde bulunma yüzdesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Çalışmamızda ise çalışılan kuruma göre, katılımcıların çocuğa yönelik istismardan şüphelenmeleri halinde bildirimde bulunma durumları değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,385$). Çalışmamızın bu sonucu El Sarraf ve ark.'nın (110) çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda şüphelendiği çocuk istismarını bildirdiğini belirten çok az sayıda katılımcı ($n=27$) vardır. Bununla birlikte çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunu bir üniversite hastanesinde çalışan katılımcılar oluşturmaktadır. Çalışılan kurumlar arasında eşit bir dağılım olmaması ve şüphelendiği çocuk istismarını bildiren katılımcı sayısının az olması sebebiyle çalışmamızın sonuçları ile Uldum ve ark.'nın (120) çalışması arasında fark olabileceği düşünülmektedir.

Çocuğa yönelik istismar konusunda diş hekimleri ile yapılmış çoğu çalışma, bildirim konusundaki eksiklik sebebiyle, katılımcıların bildirmeme sebeplerini sorgulamıştır. Vijay ve ark (100), Al-Habsi ve ark. (116), Hashim ve ark. (118), Uldum ve ark. (120) çalışmalarında diş hekimlerinin en sık bildirmeme sebebi "tanı konusunda emin olmama"dır. Kaur ve ark. (112) ise en fazla bildirimde bulunmama sebebini "bildirimde bulunmada diş hekiminin rolünü bilmeme" olarak belirtmişlerdir. Dalledone ve ark. (119) ise en sık bildirmeme sebebi olarak "bilgi yetersizliğini" belirtmiştir. Kilpatrick ve ark.'nın (99) çalışmasında ise en sık bildirmeme sebebi "gizlilik konusunda endişe duyma"dır. Owais ve ark. (105) ile Deshpande ve ark.'nın (113) çalışmalarında en sık bildirmeme sebebi "anamnez eksikliği" olarak ifade edilmiştir. Çalışmamızda ise en sık bildirmeme sebebi "nereye başvuracağını bilmeme" ve "bildirim formu/tutanak/rapor örneği olmaması"dır. Çalışmamızda belirtilen en sık bildirmeme sebebi, Mogaddam ve ark. (85) ile Al-Dabaan ve ark.'nın (115) "bildirim prosedürünü bilmeme" sebebiyle benzerlik göstermektedir.

Vijay ve ark.'nın (100) yaptıkları çalışmaya katılan 1134 diş hekiminin yalnızca %28'i çocuğa yönelik istismar şüphesi durumunda hangi kuruma bildirim yapacağını bildiğini belirtmiştir. Owais ve ark. (105) ile Hashim ve ark.'nın (118) yaptıkları çalışmalarda ise katılımcıların %38,7'si çocuğa yönelik fiziksel istismar şüphesi durumunda nereye bildirim yapacaklarını bilmediklerini belirtmiştir. Kilpatrick ve ark.'nın (99) çalışmasına katılan serbest diş hekimlerinin %72'si, çocuk diş hekimlerinin ise %41'i de nereye bildirim yapacaklarını bilmediklerini ifade etmiştir. Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %18'i nereye bildirim yapacaklarını bilmediklerini belirtmiştir. Çalışmamızdaki katılımcıların ise %22'si çocuğa yönelik fiziksel istismar durumunda nereye bildirim yapacaklarını bilmediklerini ifade etmiştir. Ülkemizde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın bünyesinde hizmet veren Alo 183 hattı, çocuğa yönelik istismar şüphesi durumunda bildirimde bulunmak için kullanılması gereken birincil öncelikli birimdir (103). Ancak, katılımcıların sadece %15'i çocuğa yönelik istismar şüphesi durumunda bildirim yapmaları gereken birincil öncelikli birim olan Alo 183'ü arayacaklarını bildirmiştir. Çalışmamızın bulguları, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yukarıda sözü edilen bütün bu çalışmaların ve sunulan tez çalışmasının bulguları çocuğa yönelik istismar olgularında tanı koyma ve bildirimde bulunma için gerekli eğitim ihtiyacının altını çizmektedir.

Çocuğa yönelik istismar tanısının konması ve bildirilmesi konusundaki eğitim ihtiyacının yanı sıra, diş hekimlerinin bu konuyla ilgili yasalar ve yasal yaptırımlarla ilgili bilgi düzeyleri sorgulanmalı ve bu konudaki eğitim ihtiyaçları da belirlenmelidir. Vijay ve ark. (100) A.B.D'nde 1134 katılımcıyla yaptıkları çalışmada, diş hekimlerinin %45'inin çocuk istismarını bildirme konusuyla ilgili yasal sorumluluklarının farkında olduklarını belirtmiştir. Kaur ve ark. (112) yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %68,2'sinin çocuk istismarıyla ilgili yasaları bildiğini bildirmiştir. Kilpatrick ve ark.'nın (99) yaptıkları çalışmaya katılan çocuk diş hekimlerinin %50'si yasal sorumluluklarının farkında olduğunu belirtirken, serbest diş hekimlerinin %72'si bu konudaki yasal sorumluluklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Manea ve ark.'nın (13) çalışmasında ise diş hekimlerinin %91'i, Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) çalışmasında ise katılımcıların %64'ü, bu konudaki yasal sorumluluklarının farkında olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan çocuk diş

hekimlerinin %70,3'ü şüpheli istismar olgusu için bildirimde bulunmamaları halinde karşılaşacakları yasal yaptırımın ne olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda, diğer çalışmalardan farklı olarak, yasal yaptırımı bilmediğini belirten katılımcıların, çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim alma durumları değerlendirilmiştir. Yasal yaptırımı bilmediğini belirten katılımcıların, lisans eğitimi sırasında ve doktora/uzmanlık eğitimi sonrasında çocuğa yönelik istismarla ilgili eğitim alma yüzdesi anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Seçeneklerde sunulmuş doğru yanıtlar olan “Kamu görevlisiyse 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” seçeneğini tüm katılımcıların %16'sı, “Kamu görevlisi değil ise 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” seçeneğini ise tüm katılımcıların yalnızca %9'u işaretlemiştir. Çalışmamızda her iki seçeneği de doğru olarak işaretleyen katılımcıların yüzdesi %8'dir. Ramos-Gomez ve ark. (98) yaptıkları çalışmada, çalışmamızdaki soruya benzer olarak yasal yaptırımın ne olduğu sormuş ve çalışmamıza benzer olarak katılımcıların %59'unun bilmediğini, yalnızca %21'inin “para cezası” seçeneğini işaretleyerek doğru cevabı verdiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda bulunan yasal yaptırım konusundaki bilgi düzeyi, Ramos-Gomez ve ark.'nın (98) çalışması dışındaki çalışmalara göre önemli derecede düşüktür. Yapılan çalışmaların çoğunda katılımcılara sadece yasaları bilip bilmedikleri veya yasal sorumluluklarının farkında olup olmadıkları sorulmuş; yasaların veya yasal yaptırımların neler olduğu sorulmamıştır. Yapılan çalışmaların sonuçlarıyla çalışmamız arasındaki farklılığın bu sebepten kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Hashim ve ark. (118) ile Owais ve ark.'nın (105) çalışmalarında, diş hekimleri sırasıyla %19 ve %32 yüzdelerinde, şüpheli istismar olgusu için bildirimde bulunmamaları halinde yasal bir yaptırımla karşılaşmayacaklarını düşündüklerini belirtmiştir. Çalışmamıza katılan çocuk diş hekimleri ise şüpheli istismar olgusu için bildirimde bulunmamaları halinde çok daha az bir yüzdeyle (%6) yasal yaptırımla karşılaşmayacaklarını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda katılımcıların %15,6'sı “Çocuğa yönelik fiziksel istismarın tanınması ve bildirimi için kendimi yeterli buluyorum” ifadesini kullanırken, %44,8'i ise bu konuda olumsuz görüş bildirmiştir. Kaur ve ark.'nın (112) yaptıkları çalışmada katılımcıların %89,7'si çocuk istismarını, kazayla meydana gelen yaralanmalardan ayırt edebildiğini belirtmiştir. Azevedo ve ark.'nın (117) yaptıkları

çalışmada bu yüzde %78,7; Mogaddam ve ark.'nın (111) çalışmasında %78; Manea ve ark.'nın (13) yaptıkları çalışmada %58; El Sarraf ve ark.'nın (110) çalışmasında %55; Al-Dabaan ve ark.'nın (115) çalışmasında ise %47,8;’dir. Çoğunlukla “Evet”, “Hayır” seçeneklerini ve kısa cevapları içeren diğer çalışmaların aksine, çalışmamızda bu seçenekler haricinde “Emin Değilim” seçeneğinin de bulunması sebebiyle kendini yeterli bulduğunu belirten katılımcı sayısının az olduğu düşünülmektedir.

Kaur ve ark. (112) yaptıkları çalışmada, kaza dışı bir yaralanmayı yüksek bir yüzdede (%89,7) istismar olarak ayırt edebileceğini belirten katılımcıların %55’inin üniversitede çalıştıkları görülmüştür. Diğer çalışmayla benzer olarak, çalışmamızda da, kendini çocuğa yönelik fiziksel istismar konusunda yeterli bulduğunu belirten katılımcıların %50’sinin üniversitede çalıştığı görülmüştür.

Al-Habsi ve ark.'nın (116) yaptıkları çalışmada serbest diş hekimlerinin %77’si, çocuk diş hekimlerinin ise %56’sı çocuğa yönelik istismar konusunda daha fazla bilgi ve eğitim sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Diğer çalışmalarda katılımcıların bu konuda bildirdikleri olumlu yanıtlar şu şekilde sıralanabilir: Kaur ve ark.'nın (112) çalışmasında %99,1; Dalledone ve ark.'nın (119) çalışmasında %97; Deshpande ve ark.'nın (113) çalışmasında %94; Mogaddam ve ark.'nın (111) çalışmasında %92; Al-Dabaan ve ark.'nın (115) çalışmasında ise %92; Hashim ve ark.'nın (118) çalışmasında %88 ve Uldum ve ark.'nın (120) çalışmasında ise %75. Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer olarak katılımcıların çocuk istismarı konusunda daha fazla bilgi ve eğitim sahibi olmak isteği çok yüksektir (%96,7).

Uluslararası diş hekimliği literatüründe çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili sadece çocuk diş hekimlerinin katılımıyla yapılmış çok az sayıda çalışma olması sebebiyle sunulan tez çalışması özgünlük taşımaktadır. Çalışmamızdaki katılımcı sayısı bazı çalışmalardaki katılımcı sayılarından (13, 99, 110, 118) fazla olmakla birlikte, bazı çalışmalarla (98, 100, 120) karşılaştırıldığında ise azdır. Hatalı e-posta adreslerine ulaşamaması, ulaşılan e-posta adreslerinin artık kullanılmaması, gönderilen e-postaların istenmeyen kutusuna düşmesi ve anketin zaman alıcı olarak değerlendirilmesi olasılığı da dikkate alındığında katılımcı sayısında istenilen düzeye ulaşılmamıştır. Çalışmamızda katılımcılarımızın çoğunluğunu 27-34 yaş arası bireyler oluşturmuştur. Mesleki deneyim süresi 16 yıldan daha fazla olan katılımcılara e-posta yoluyla çok az erişim sağlanabilmiştir. Özel muayenehane ve devlet hastanesinde

alışan katılımcılara çok az sayıda ulaşılabilmiştir. “Uzmanlık veya doktora eğitiminiz sonrasında ocuk istismarı ile ilgili bir eğitim aldınız mı?”, “Bu konudaki eğitimi nerede ve kim tarafından almak istersiniz?” soruları, katılımcılarımıza açık uçlu olarak sorulmuştur. Sorunun çoktan seçmeli olarak sorulmaması sebebiyle, katılımcılarımızın bir kısmı tarafından yanlış anlaşıldığı grlmştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sunulan çalışmanın kısıtlılıkları dikkate alınarak ve tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde anketimize katılan çocuk diş hekimlerinin çocuğa yönelik fiziksel istismarla ilgili yeterli düzeyde eğitim almadıkları görülmektedir. Çocuğa yönelik fiziksel istismardan şüphelenseler de, katılımcıların çoğunluğunun çeşitli sebeplerle bildirim yapmadığı öğrenilmiştir. Bu konudaki bilgi düzeyi yetersiz olmakla birlikte, katılımcıların çok az bir kısmı kendisini çocuğa yönelik istismarı tanılama konusunda yeterli bulduğunu ifade etmektedir.

Çocuğa yönelik fiziksel istismarın tanınması ve bildirilmesi konusu diş hekimliği çekirdek eğitim müfredatında ders olarak yerini almalıdır. Ayrıca çalışmamıza katılan çocuk diş hekimleri, istismar konusunda çocuk diş hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında belirtilen yeterlilik hedefinin çok gerisinde olduğu için istismar konusuna gereken önem verilmelidir. Meslek odaları tarafından bu konuda kongre, kurs ve seminerler düzenlenmeli, çocuk diş hekimlerinin bu konuda yetkin kişiler olan adli tıp uzmanlarından, çocuk psikiyatristlerinden, çocuk psikologlarından ve avukatlardan eğitim alması sağlanmalıdır.

Araştırmamızın sonuçları, çocuğa yönelik fiziksel istismar konusunda çocuk diş hekimlerinin eğitimindeki eksikliklere dikkat çekmekte, çocuk diş hekimlerinin bu konudaki eğitimlerinde değinilmesi gereken konular açısından rehberlik oluşturmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. UNICEF, Komitesi. TM. Çocuk Hakları Sözleşmesi. 1996
2. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. (1989). Ağ Sitesi: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
3. Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA, van Rijn RR. Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*. 2012;171(6):877-85.
4. Fallon B, Trocme N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY. Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2010;34(1):70-79.
5. Acehan S, Bilen A, Ay M. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):591-614.
6. Güngör HC. Hidden behind dental trauma: Child physical abuse? *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2018;18(1):3869.
7. Roche AJ, Fortin G, Labbe J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl*. 2005;29(4):325-34.
8. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am*. 1999;17(3):575-93.
9. Sicher P, Lewis O, Sargent J, Chaffin M, Friedrich WN, Cunningham N, et al. Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(5):660-67.
10. Lynch MA. Child abuse before Kempe: an historical literature review. *Child Abuse Negl*. 1985;9(1):7-15.
11. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1946;56(2):163-73.
12. Dağlı T, İnanıcı MA. Üniversiteler için Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı. Ankara: 2010
13. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *J Clin Pediatr Dent*. 2007;32(1):19-25.
14. Welbury RR. Child Physical Abuse. Andreasen JO, Frances M, Andreasen LA, editors. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. 4th ed. Oxford, UK: Blackwell Munksgard; 2007.
15. Adair SM, Wray IA, Hanes CM, Sams DR, Yasrebi S, Russell CM. Perceptions associated with dentists' decisions to report hypothetical cases of child maltreatment. *Pediatr Dent*. 1997;19(8):461-65.

16. Organization WH. Child Abuse and neglect by parents and other caregivers. 2016
17. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse Negl.* 2000;24(2):259-68.
18. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse Negl.* 2001;25(2):265-77.
19. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence. I: Parental use of corporal punishment. *Child Abuse Negl.* 1998;22(10):959-73.
20. Boudreaux MC, Lord WD. Combating Child Homicide: Preventive Policing for the New Millennium. *Journal of Interpersonal Violence.* 2005;20(4):380-87.
21. Finkelhor D, Berliner L. Research on the Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1995;34(11):1408-23.
22. Pinheiro PS. Violence against Children in the home and family. The United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children, 2006
23. Runyan D, Corrine W, Ikeda R. Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. Geneva: 2002
24. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. World Report on Violence and Health. Geneva: 2003
25. Meadow R. Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl.* 2002;26(5):501-08.
26. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child abuse & neglect.* 2002;26(3):267-76.
27. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):697-714.
28. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Negl.* 2009;33(1):27-35.
29. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. Adli Tıp Ders Kitabı. 1, İstanbul: Nobel Yayınevi, 1997
30. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. Child Abuse and Neglect. editors. A Clinician's Handbook. 1 ed. Edinburgh: Churcill Livingstone; 1993.
31. Hibbard RA, Sanders BJ. Child Abuse and Neglect. Hibbard RA, Sanders BJ, editors. McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent. ed. 2011.

32. AAPD. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent*. 2016;24(7):6.
33. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents--a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol*. 2010;26(2):149-53.
34. COCAN. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries-Technical Report. 2001
35. Blumenthal I. Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J*. 2002;78(926):732-35.
36. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*. 1999;104(1 Pt 2):168-77.
37. Brown P, Tierney C. Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Rev*. 2009;30(10):414-15.
38. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. : 2010
39. Gateway CWI. Child abuse and neglect fatalities 2016: Statistics and interventions. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau: 2017
40. Finkelhor D, Jones L. Have sexual abuse and physical abuse declined since the 1990s? . Durham, NH: Crimes against Children Research Center.: 2012
41. Kittle PE, Richardson DS, Parker JW. Examining for child abuse and child neglect. *Pediatr Dent*. 1986;8(1 Spec No):80-82.
42. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, UNICEF. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. 2010
43. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Dev*. 1995;66(5):1239-61.
44. Edleson J. Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. 1999
45. Lawler MJ, Talbot EB. Child Abuse. USA: University of South Dakota, Vermillion, 2012
46. Wulczyn F. Epidemiological perspectives on maltreatment prevention. *Future Child*. 2009;19(2):39-66.
47. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *JAMA*. 2002;288(13):1603-09.

- 48.** Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr.* 2013;167(7):614-21.
- 49.** Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatr Rev.* 2002;23(6):191-96.
- 50.** Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics.* 2007;119(6):1232-41.
- 51.** Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S, Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse Negl.* 2003;27(3):271-83.
- 52.** Skellern CY, Wood DO, Murphy A, Crawford M. Non-accidental fractures in infants: risk of further abuse. *J Paediatr Child Health.* 2000;36(6):590-92.
- 53.** Turhan E, Songün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2006;15(9):153-57.
- 54.** Speight N. ABC of child abuse. Non-accidental injury. *BMJ.* 1989;298(6677):879-81.
- 55.** Christian CW. The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics.* 2015;135(5):1337-54.
- 56.** Kara B, Biçer Ü, Gökalp AŞ. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2004;47(140-51).
- 57.** Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent.* 2013;11(3):243-50.
- 58.** Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(10):37-56.
- 59.** Kairys SW, Alexander RC, Block RW, Everett VD, Hymel K, Johnson CF, et al. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. 1999
- 60.** Johnson K, Fischer T, Chapman S, Wilson B. Accidental head injuries in children under 5 years of age. *Clin Radiol.* 2005;60(4):464-68.
- 61.** Yalçın N. (2011). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- 62.** Block RW, Krebs NF, Neglect AAoPCoCAa. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics.* 2005;116(5):1234-37.
- 63.** Kellogg ND, Lukefahr JL. Criminally prosecuted cases of child starvation. *Pediatrics.* 2005;116(6):1309-16.

- 64.** Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child.* 2007;92(12):1113-17.
- 65.** Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics.* 2005;116(6):1565-68.
- 66.** Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent.* 2008;68(2):94-101.
- 67.** Thompson LA, Tavares M, Ferguson-Young D, Ogle O, Halpern LR. Violence and abuse: core competencies for identification and access to care. *Dent Clin North Am.* 2013;57(2):281-99.
- 68.** Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child.* 2014;99(2):108-13.
- 69.** Breiting VB, Helweg-Larsen K, Staugaard H, Aalund O, Albrektsen SB, Danielsen L, et al. Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark. V. Violence against women and children. Copenhagen Study Group. *Forensic Sci Int.* 1989;41(3):285-94.
- 70.** Stephenson T, Bialas Y. Estimation of the age of bruising. *Arch Dis Child.* 1996;74(1):53-55.
- 71.** Munang LA, Leonard PA, Mok JY. Lack of agreement on colour description between clinicians examining childhood bruising. *J Clin Forensic Med.* 2002;9(4):171-74.
- 72.** Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The orofacial signs of abuse. *Br Dent J.* 1998;184(2):61-65.
- 73.** Lenoski EF, Hunter KA. Specific patterns of inflicted burn injuries. *J Trauma.* 1977;17(11):842-46.
- 74.** Drago DA. Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics.* 2005;115(1):10-16.
- 75.** Leventhal JM, Griffin D, Duncan KO, Starling S, Christian CW, Kutz T. Laxative-induced dermatitis of the buttocks incorrectly suspected to be abusive burns. *Pediatrics.* 2001;107(1):178-79.
- 76.** Sweet D, Pretty IA. A look at forensic dentistry--Part 2: teeth as weapons of violence--identification of bite mark perpetrators. *Br Dent J.* 2001;190(8):415-18.
- 77.** Wagner GN. Bite mark identification in child abuse cases. *Pediatr Dent.* 1986;8(1 Spec No):96-100.
- 78.** Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl.* 2000;24(4):521-34.


- 79.** Levin AV. Munchausen Syndrome by Proxy: Issues in Diagnosis and Treatment. New York: Lexington Books, 1995
- 80.** Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: accidental or inflicted? Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;154(1):11-15.
- 81.** Laskey AL, Holsti M, Runyan DK, Socolar RR. Occult head trauma in young suspected victims of physical abuse. J Pediatr. 2004;144(6):719-22.
- 82.** Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;293(6539):100-02.
- 83.** Kleinman PK, Blackbourne BD, Marks SC, Karellas A, Belanger PL. Radiologic contributions to the investigation and prosecution of cases of fatal infant abuse. N Engl J Med. 1989;320(8):507-11.
- 84.** Ablin DS, Sane SM. Non-accidental injury: confusion with temporary brittle bone disease and mild osteogenesis imperfecta. Pediatr Radiol. 1997;27(2):111-13.
- 85.** Merten DF, Radkowski MA, Leonidas JC. The abused child: a radiological reappraisal. Radiology. 1983;146(2):377-81.
- 86.** ACR. ACR Appropriateness Criteria. 2006
- 87.** ACR. ACR practice guideline for skeletal surveys in children. 2006
- 88.** Kleinman PL, Kleinman PK, Savageau JA. Suspected infant abuse: radiographic skeletal survey practices in pediatric health care facilities. Radiology. 2004;233(2):477-85.
- 89.** Kleinman PK, O'Connor B, Nimkin K, Rayder SM, Spevak MR, Belanger PL, et al. Detection of rib fractures in an abused infant using digital radiography: a laboratory study. Pediatr Radiol. 2002;32(12):896-901.
- 90.** Tate RJ. Facial injuries associated with the battered child syndrome. Br J Oral Surg. 1971;9(1):41-45.
- 91.** Croll TP, Menna VJ, Evans CA. Primary identification of an abused child in a dental office: a case report. Pediatr Dent. 1981;3(4):339-41.
- 92.** Wright JT, Thornton JB. Osteogenesis imperfecta with dentinogenesis imperfecta: a mistaken case of child abuse. Pediatr Dent. 1983;5(3):207-09.
- 93.** Sobel RS. Child abuse: case report. Pediatr Dent. 1986;8(1 Spec No):93-96.
- 94.** Tsang A, Sweet D. Detecting child abuse and neglect--are dentists doing enough? J Can Dent Assoc. 1999;65(7):387-91.

- 95.** Wharton RH, Rosenberg S, Sheridan RL, Ryan DP. Long-term medical consequences of physical abuse. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press, 2000
- 96.** Needleman HL, MacGregor SS, Lynch LM. Effectiveness of a statewide child abuse and neglect educational program for dental professionals. *Pediatr Dent.* 1995;17(1):41-45.
- 97.** Adair SM, Yasrebi S, Wray IA, Hanes CM, Sams DR, Russell CM. Demographic, educational, and experiential factors associated with dentists' decisions to report hypothetical cases of child maltreatment. *Pediatr Dent.* 1997;19(8):466-69.
- 98.** Ramos-Gomez F, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc.* 1998;129(3):340-48.
- 99.** Kilpatrick NM, Scott J, Robinson S. Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia. *Int J Paediatr Dent.* 1999;9(3):153-59.
- 100.** John V, Messer LB, Arora R, Fung S, Hatzis E, Nguyen T, et al. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Aust Dent J.* 1999;44(4):259-67.
- 101.** Welbury RR, MacAskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightman KE, Jackson MC, et al. General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study. *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4(2):89-95.
- 102.** Cairns AM, Mok JY, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. *Br Dent J.* 2005;199(8):517-20.
- 103.** Alımcı Tezel B, Güngör HC. Traumatic Dental Injury or Child Physical Abuse: Changing The Perspective? *Turkiye Klinikleri J Pediatr Dent-Special Topics.* 2017;3(1):25-32.
- 104.** Hibbard R, Sanders B. Child abuse and neglect. McDonald RE, Avery DR, Dean JA, editors. *McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent.* 9th ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier; 2011.
- 105.** Owais AI, Qudeimat MA, Qodceih S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. *Int J Paediatr Dent.* 2009;19(4):291-96.
- 106.** Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ.* 2012;16(1):158-65.
- 107.** McPeake J, Bateson M, O'Neill A. Electronic surveys: how to maximise success. *Nurse Res.* 2014;21(3):24-26.

- 108.** Jones S, Murphy F, Edwards M, James J. Doing things differently: advantages and disadvantages of Web questionnaires. *Nurse Res.* 2008;15(4):15-26.
- 109.** Duffett M, Burns KE, Adhikari NK, Arnold DM, Lauzier F, Kho ME, et al. Quality of reporting of surveys in critical care journals: a methodologic review. *Crit Care Med.* 2012;40(2):441-49.
- 110.** El Sarraf MC, Marego G, Correr G, Pizzatto E, Losso EM. Physical child abuse perception, diagnosis, and management by southern Brazilian pediatric dentists. *Pediatr Dent.* 2012;34(4):72-76.
- 111.** Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse Negl.* 2016;54(43-56).
- 112.** Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2016;6(2):118-23.
- 113.** Deshpande A, Macwan C, Poonacha KS, Bargale S, Dhillon S, Porwal P. Knowledge and attitude in regards to physical child abuse amongst medical and dental residents of central Gujarat: a cross-sectional survey. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2015;33(3):177-82.
- 114.** Eckenrode J, Smith EG, McCarthy ME, Dineen M. Income Inequality and Child Maltreatment in the United States. *Pediatrics.* 2014;133(3):454-61.
- 115.** Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J.* 2014;26(3):79-87.
- 116.** Al-Habsi SA, Roberts GJ, Attari N, Parekh S. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? *Br Dent J.* 2009;206(4):7.
- 117.** Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012;26(1):5-11.
- 118.** Hashim R, Al-Dallal S. Child physical abuse: Perception and responsibility of dentists living in the United Arab Emirates. *Eur J Gen Dent.* 2018;7(31-34).
- 119.** Dalledone M, Paola AP, Correr GM, Pizzatto E, Souza JF, Losso EM. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Braz. J. Oral Sci.* 2015;14(3):224-29.
- 120.** Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(5):361-65.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı


T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1243
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 06 TEMMUZ 2018 CUMA
Toplantı No : 2018/17
Proje No : GO 18/453 (Değerlendirme Tarihi: 27.03.2018)
Karar No : GO 18/453-16

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Hamdi Cem GÜNGÖR'ün sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Stephan Atilla ATAÇ, Uzm. Dt. Elif BALLIKAYA ile birlikte çalışacakları ve Dt. Nermin ÖZGÜR'ün uzmanlık tezi olan, GO 18/453 kayıt numaralı ve "Türkiye'de Çalışan Bir Grup Çocuk Diş Hekiminin Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 10 Temmuz 2018 – 26 Aralık 2018 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten AKARSU	(Başkan)	10 Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
İZİNLİ			
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
İZİNLİ		İZİNLİ	
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	12. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
4. Prof. Dr. Nevedet SAĞLAM	(Üye)	13. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL	(Üye)
İZİNLİ			
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU	(Üye)	14. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL	(Üye)	15. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	17. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)		

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK-2: Anket Formu

Sayın meslektaşımız,

Kaza dışı nedenlerle meydana gelen yaralanma olarak tanımlanan fiziksel istismar, çocuklara yönelik istismarın en sık görülen biçimidir. Sunulan çalışmanın amacı Türkiye’de çocuk diş hekimlerinin çocuğa yönelik fiziksel istismar ile ilgili bilgilerini değerlendirmek, fiziksel istismar olgularını fark etme ve bildirme konusunda yaşadıkları deneyimleri öğrenmektir. Çalışmanın diğer bir amacı da ülkemizdeki çocuk diş hekimliği uzmanlarının bu konudaki eğitim ihtiyaçlarını belirlemektir.

Çalışmaya katılmanız zorunlu değildir; ancak çocuk diş hekimleri olarak bu konudaki ihtiyaçlarımızı belirlemek ve farkındalığımızı artırmak adına katılımınız bizim için çok değerlidir.

Bu çalışmada kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Doldurulan anketlerin güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi ve saklanmasına yönelik gerekli özen kesinlikle gösterilecektir.

Çalışmaya katılmak istiyorsanız tamamlanması yaklaşık 15 dk. süren bu anket formunu doldurmanız gerekmektedir. Lütfen soruları hiçbir etki altında kalmadan yanıtlayınız. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz.

Gösterdiğiniz ilgi için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Sorumlu Öğretim Üyeleri	: Prof. Dr. H. Cem Güngör : Prof. Dr. Atilla S. Ataç
Adres	: Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Altındağ, Ankara
Araştırma Ekibi	: Uzm. Dt. Elif Ballıkaya : Araş. Gör. Nermin Özgür
Telefon	: 0.312.3052280

EK-3: Tez Çalışması Orijinallik Raporu



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Nermin Özgür
 Ödev başlığı: Nermin tez
 Gönderi Başlığı: TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN BİR GRUP Ç..
 Dosya adı: Nermin_Tez_Metni_Son.pdf
 Dosya boyutu: 5M
 Sayfa sayısı: 90
 Kelime sayısı: 21,438
 Karakter sayısı: 142,243
 Gönderim Tarihi: 08-Şub-2019 11:35AM (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1074927704



TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN BİR GRUP ÇOCUK DIŞ HEKİMİNİN ÇOCUĞA YÖNELİK FİZİKSEL İSTİSMAR KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 11 BENZERLİK ENDEKSİ	% 10 İNTERNET KAYNAKLARI	% 3 YAYINLAR	% 6 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.nuveforum.net İnternet Kaynağı	% 2
2	cokmed.org İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	www.ipk.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	core.ac.uk İnternet Kaynağı	<% 1
8	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

**Türkiye’de Çalışan Bir Grup Çocuk Diş Hekiminin Çocuğa (0-18 yaş)
Yönelik Fiziksel İstismar Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**

1. Cinsiyetinizi belirtiniz E () K ()
2. Doğum tarihinizi yıl olarak belirtiniz
3. Hangi ilde çalışıyorsunuz?
4. Üniversiteden hangi yılda mezun olduğunuzu belirtiniz?
5. Doktora veya uzmanlık eğitiminizi hangi yılda tamamladınız?
6. Hangi kurumda çalışıyorsunuz? **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
 - Devlet hastanesi/Ağız Diş Sağlığı Merkezi ()
 - Üniversite hastanesi ()
 - Özel hastane/poliklinik ()
 - Özel muayenehane ()
 - Çalışmıyorum ()
7. Lisans eğitiminiz sırasında çocuk istismarı ile ilgili bir eğitim aldınız mı?
 - Evet () Hayır ()
8. Uzmanlık veya doktora eğitiminiz sırasında çocuk istismarı ile ilgili bir eğitim aldınız mı?
 - Evet () Hayır ()
9. Uzmanlık veya doktora eğitiminiz sonrasında çocuk istismarı ile ilgili bir eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz.)
 - Evet () Hayır ()
10. Bu eğitimi nerede aldınız? Belirtiniz.
11. Aşağıda yer alan aileye ait faktörlerden fiziksel istismar riskini artırdığını düşündüğünüz faktörleri işaretleyiniz. **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
 - a. Bu konuda bilgim yok. ()
 - b. Genç yaşta çocuk sahibi olma ()
 - c. Ailenin çok sayıda çocuk sahibi olması ()
 - d. İstenmeyen bir gebelik sonucu veya evlilik dışı çocuk sahibi olma ()
 - e. Aile içinde şiddet olması ()
 - f. Ailede alkol veya madde bağımlılığı olan birey olması ()
 - g. Ebeveynin çocukluk döneminde istismara uğramış olması ()
 - h. Tek ebeveynli aile olması ()

- i. Ebeveynin üvey olması ()
- j. Akrabalık ilişkisi olmayan bireylerle birlikte yaşanması ()
- k. Ailenin sosyal olarak izole olması ()
- l. Ailede ekonomik problemler olması (işsizlik vb.) ()
- m. Ebeveynin depresyonda olması ()
- n. Ailenin sosyo-ekonomik olarak iyi durumda olması ()

12. Aşağıda yer alan çocuğa ait faktörlerden fiziksel istismar riskini arttırdığını düşündüğünüz faktörleri işaretleyiniz. **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

- a. Bu konuda bilgin yok ()
- b. Çocuğun istenmeyen bir gebelik sonucu doğmuş olması ()
- c. Çocuğun en büyük kardeş olması ()
- d. Çocuğun beklenen zamandan erken doğmuş olması ()
- e. Çocuğun kronik hastalığının olması ()
- f. Çocuğun fiziksel veya zihinsel engelli olması ()
- g. Çocuğun yüz anomalisinin olması ()
- h. Çocuğun 2 yaşından küçük olması ()
- i. Çocuğun 2 yaşından büyük olması ()
- j. Çocuğun cinsiyetinin kız olması ()
- k. Çocuğun cinsiyetinin erkek olması ()
- l. Çocuğun hiperaktif olması ()

13. Aşağıdaki durumlardan hangisiyle karşılaştığımızda bir çocuğun istismara uğramış olabileceğini düşünürsünüz? **(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

- a. Yaralanmış bir çocuğun ailesinin aşırı endişeli veya endişesiz olması ()
- b. Yaralanma sonrası tıbbi yardım arayışında ciddi gecikme olması ()
- c. Ebeveynin, çocuğun kendi kendini yaraladığını bildirmesi ()
- d. Ebeveynin, çocuğun kardeşi tarafından yaralandığını bildirmesi ()
- e. Ebeveyn ve çocuğun anlattıkları yaralanma öyküleri arasında çelişki olması ()
- f. Çocuğun içine kapanık, depresif, mutsuz görünmesi ()
- g. Çocuğun ebeveyninden çekinmesi ()

- h.** Çocuğun eve gitmekten korkması, eve gitmek istemediğini belirtmesi

()

Aşağıda yer alan soruları “**Evet**”, “**Hayır**” veya “**Emin değilim**” olarak işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Emin değilim
14. Çocuğa yönelik fiziksel istismar, çocukluk çağı ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir.			
15. Çocuk diş hekimlerinin fiziksel istismar olgularını tanımakla ilgili olarak Tıp hekimleri kadar yükümlülükleri yoktur.			
16. Yanağın üzerindeki morluklar tokat atma veya yüzün parmaklar ile sıkıştırılması sonucu oluşabilir.			
17. Bir dişin avülse olmasına veya renk değiştirmesine neden olan tekrarlayan travmanın, istismar kaynaklı olma olasılığı düşüktür.			
18. Bebeklerde palatal, vestibüler bölgeler veya ağız tabanında görülen abrazyon ve laserasyon yaralanmaları “zorla yemek yedirmenin” belirtileri olabilir.			
19. Boyun çevresinde görülen morluklar genellikle kaza sonucu oluşan yaralanmalar ile ilişkilidir.			
20. İstismara uğrayan bir çocuk genellikle istismardan hemen sonra durumu birisine anlatır.			
21. İstismar olgularının çoğunda istismarcı çocuğun yakından tanımadığı bir kişidir.			
22. Kaza sonucu meydana gelmemiş yaralanmalarda genellikle alın, omuz, dirsek, diz gibi kemik çıkıntılarının üzerini örten deride morluklar görülmektedir.			
23. Çocuğun sıklıkla yaralanması ve vücudunda farklı iyileşme aşamalarında olan yaraların görülmesi istismar olasılığını düşündürür.			
24. Bir yaşın altında bir çocukta görülen üst labial frenum laserasyonu ve üst dudak iç kısmında görülen morluklar, istismar olasılığını düşündürmez.			
25. Yanıklar sıklıkla sıcak obje yaralanması şeklindedir.			
26. Yanıkların sürekli tekrarlanması fiziksel istismarı düşündürmelidir.			
27. Diş muayenesi/tedavisi sırasında baş ve boyun bölgesinde gözlenen ısırık izleri istismarın belirtisi değildir.			

28. Meslek yaşamınız süresince çocuk istismarından şüphelendiğiniz bir durum oldu mu? (Bu soruya yanıtınız “Hayır” veya “Hatırlamıyorum” ise 32. soruya geçiniz.)

Evet () Hayır () Hatırlamıyorum ()

29. Şüphelendiğiniz çocuk istismarı olgusu için bildirimde buldunuz mu? (Bu soruya yanıtınız “Hayır” ise 31. soruya, “Hatırlamıyorum” ise 32. soruya geçiniz.)

Evet () Hayır () Hatırlamıyorum ()

30. Şüphelendiğiniz çocuk istismarı için nereye bildirimde buldunuz? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir.**)

Hatırlamıyorum. ()

Kurumda benden daha yetkili olan bir kişiye ()

En yakın hastaneye ()

Barolar Birliği'ne ()

Karakola ()

Çocuk İzlem Merkezi'ne ()

Sevgi Evleri'ne ()

Savcılığa ()

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ()

Alo 183'e ()

Alo 155'e ()

Alo 112 Acil Servis'e ()

Diğer

31. Bildirimde bulunmama sebepleriniz nelerdir? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir.**)

Bildirim yükümlülüğümün olduğunu bilmiyordum. ()

Nereye ve nasıl bildirimde bulunacağımı bilmiyordum. ()

Çocuk istismarı ile ilgili bir bildirim formu/tutanak/rapor örneği yoktu ()

Yasal süreçlere dahil olmak ve bu durumla uğraşmak istemedim. ()

Aile içi bir mesele olduğunu düşündüm ve karışmak istemedim. ()

Çocuğun daha fazla zarar göreceğinden endişe ettim. ()

Hasta yakınlarının öfkesinden korktum. ()

Meslek yaşamıma zarar gelmesinden endişe ettim. ()

Bildirmek için vaktim yoktu. ()

Belirtmek istemiyorum. ()

Diğer (Açıklayınız)

32. Ülkemizde şüphelenilen çocuk istismarı olguları nereye bildirilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Bilmiyorum. ()

Kurumda benden daha yetkili olan bir kişiye ()

En yakın hastaneye ()

Barolar Birliği'ne ()

Karakola ()

Çocuk İzlem Merkezi'ne ()

Sevgi Evleri'ne ()

Savcılığa ()

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na ()

Alo 183'e ()

Alo 155'e ()

Alo 112 Acil Servis'e ()

Diğer

33. Ülkemiz yasalarına göre şüpheli istismar olgusu için bildirimde bulunmayan veya bildirimde gecikme gösteren bir dış hekimi aşağıdaki yaptırımlardan hangisi ile karşılaşır?

Bilmiyorum. ()

Yasal bir yaptırımı yoktur. Herhangi bir sorun ile karşılaşmaz. ()

Kınama cezası alır. ()

Meslekten men cezası alır. ()

Para cezasına çarptırılır. ()

Kamu görevlisi ise 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. ()

Kamu görevlisi değil ise 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. ()

Diğer (belirtiniz)

34. Çocuğa yönelik fiziksel istismarın tanılanması ve bildirimini için kendimi yeterli buluyorum.

Evet ()

Hayır ()

Emin değilim ()

35. Çocuğa yönelik fiziksel istismar konusunda daha fazla bilgi ve eğitim sahibi olmak ister misiniz? (Soruya yanıtınız “Evet” ise 36. soruya geçiniz.)

Evet ()

Hayır ()

Emin değilim ()

36. Bu konudaki eğitimi nerede ve kim tarafından almak istersiniz? Belirtiniz.

.....



9. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	Nermin Özgür
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	18.01.1991 Bursa/Türkiye
HALEN GÖREVİ: Araştırma Görevlisi	
YAZIŞMA ADRESİ: Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı	
E-MAIL: dtnerminozgur@gmail.com	

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2015	Lisans	İstanbul Üniversitesi	Diş Hekimliği

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
2016-halen	Araştırma Görevlisi	Pedodonti	Hacettepe Üniversitesi