



**MALATYA ILİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ BİLGİ
VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Abdullah YÜKSELER

ADLİ TIP ANA BİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ**

Yüksek Lisans Tezi-2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA İLİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ
BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Abdullah YÜKSELER

Adli Tıp Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ

MALATYA
2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuk	4
2.2. Tarihsel Süreçte Çocuk	4
2.3. Çocuk İstismarı ve ihmalinin Tanımı ve Kapsamı	6
2.3.1. Fiziksel İstismar	7
2.3.2. Duygusal İstismar	11
2.3.3. Cinsel İstismar	15
2.3.4. İhmal	20
2.4. Dünya’ da ve Türkiye’ de Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı	23
2.5. Çocuk İstismarını Açıklamaya Yönelik Kuramlar	24
2.5.1. Psikiyatrik Kuram	25
2.5.2. Sosyolojik Kuram	26
2.5.3. Sosyal Öğrenme Kuramı	27
2.5.4. Sosyal Etkileşim Kuramı	28

2.6. Çocuk İstismarının Sonuçları	29
2.6.1. Fiziksel İstismar Sonuçları	30
2.6.2. Duygusal İstismar Sonuçları	30
2.6.3. Cinsel İstismar Sonuçları	31
2.7. İstismarın Çocuk Üzerine Etkileri	32
2.7.1. Cinsellik Üzerine Etkileri	33
2.7.2. Davranışsal Etkiler	33
2.7.3. Depresif Duygu Durum Etkisi	34
2.7.4. Duygusal Etkileri	35
2.7.5. Kişilik Gelişimi Üzerine Etkileri	35
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler	35
2.8.1. Aileden Kaynaklanan Etmenler	36
2.8.2. Çocuktan Kaynaklanan Etmenler	37
2.8.3. Çevresel ve Toplumsal Etmenler	38
2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi	39
2.9.1. Birincil Önleme	40
2.9.2. İkincil Önlem	41
2.9.3. Üçüncül Önleme	41
2.10. Çocuk İhmal ve İstismarında Sağlık Çalışanlarının Önemi	42
2.11.Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları.....	43
3. MATERYAL VE METOT	45

3.1. Araştırmanın Türü	45
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	45
3.4. Veri Toplama Araçları	45
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	46
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	61
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKLAR	74
EKLER	88
Ek 1. Özgeçmiş	88
Ek 2. Etik Kurul Onayı	89
Ek 3. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	90
Ek 4. Bilgi Formu	91
Ek 5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu	95

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca katkılarından dolayı, Adli Tıp Anabilim dalı başkanı sayın Prof. Dr. Osman CELBİŞ'e, tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Muhahit ORUÇ'a teşekkürlerimi sunarım.

İstatiksel analiz konusunda desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Ayhan AKTAŐ'a teşekkür ederim.

Tüm yaşamın boyunca desteklerini esirgemeyen aileme ve bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan sevgili eşim Rukiye' ye teşekkür ederim.

Biricik kızım Öykü Ruken'e.



ÖZET

Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi

Amaç: Çocuk istismarı ve ihmali insanlık tarihi kadar eski olan bir halk sağlığı sorunudur. Tarihi bu kadar eski olmasına rağmen bu konuya olan ilgi 19. yy başlarında başlamıştır. İlk defa “Hırpalanmış çocuk” terimi ile karşımıza çıkan bu kavram daha sonra “çocuk istismarı” terimi ile günümüzde de kullanılmaktadır.

Materyal ve Metot: Bu çalışmada çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesinde tanılanmasında önemli bir yere sahip olan sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi için yapılmıştır. Çalışma Malatya İli Battalgazi ilçesinde görev yapan Aile sağlığı merkezi çalışanları ile Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı kampüsü Çocuk acil ve kadın doğum acil servislerinde çalışan ebe hemşire ve hekimler ile yapıldı. Çalışma gerekli izinler alındıktan sonra 25.02.2019-15.06.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, Uysal (1998) tarafından geliştirilen "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" formu kullanılmıştır. Veriler SPSS 22 de değerlendirilmiş olup, değerlendirmede betimleyici istatistiklerden yararlanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların, %34.3 ebe, %48.6 Hemşire ve %17.1 doktorlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %98.1'i ÇİVİ ile karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını söylemişlerdir. ÇİİBRTYÖ genel ölçek puanı ortalaması $3.69 \pm .34$ tür. Tüm alt ölçeklerde puan ortalaması 3 puanın üstündedir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının ÇİVİ ile ilgili bilgilerinin yeter düzeyde olmadığı, okul eğitimi sırasında ve sonrasında verilen eğitimlerin yetersiz olduğu görülmektedir.

Mesleki eğitim verilen okullarda ÇİVİ ile ilgili derslerin içerik ve süre açısından artırılması ve hizmet içi eğitimlerin standart hale getirilmesi ve sıklığının artırılmasının bilgi ve farkındalık düzeylerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Çocuk İhmali ve İstismarı, Sağlık Çalışanları, Bilgi Düzeyi, Tutum, Davranış

ABSTRACT

Identification of Level of Knowledge and Awareness About Child Abuse and Neglect Working As Medical Personnel İn Malatya.

Aim: Child abuse and neglect is a public health problem as old as human history. Although its history is so old, interest in this subject started in the early 19th century. This concept, which was first introduced with the term “battered child”, is used today with the term “child abuse”.

Material and Method: In this study, it was conducted to determine the knowledge and awareness levels of healthcare professionals who have an important role in the diagnosis of child abuse and neglect. The study was carried out with family health center employees working in Battalgazi district of Malatya Province and midwives nurses and physicians working in Malatya Training and Research Hospital Beydağı campus Pediatric and maternity emergency departments. The study was conducted between 25.02.2019-15.06.2019 after obtaining the necessary permissions. In the research, “Scale for Identification of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect” form developed by Uysal (1998) was used as data collection tool. The data were evaluated in SPSS 22 and descriptive statistics were used in the evaluation.

Results: The participants consist of 34.3% midwives, 48.6% nurses and 17.1% doctors. 98.1% of the participants said that they would notify when they encounter child abuse and neglect. ÇİİBRTYÖ overall scale score average $3.69 \pm .34$ species. Average score is above 3 points in all subscales.

Conclusion: it is seen that the knowledge of health workers about child neglect vnda buse is not sufficient and the education given during and after school education is insufficient.

It is thought that increasing the lessons related to child abuse and neglect in terms of content and duration and standardizing and increasing the frequency of in-service trainings will contribute to their knowledge and awareness levels.

Key Words: Child, Child Abuse and Neglect, Health Workers, Knowledge Level, Attitude, Behaviour

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ÇİİBRTYÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
ÇİVİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MBPS	: Muchausen By Proxy Sendromu
Ort	: Ortalama
P	: Anlamlılık Düzeyi
SBS	: Sarsılmış Bebek Sendromu
SS	: Standart Sapma
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No:
Tablo 4.1: Sağlık çalışanlarının kişisel bilgileri.....	48
Tablo 4.2: Sağlık çalışanlarının mesleki bilgileri.....	49
Tablo 4.3: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili bilgi alma durumlar.....	49
Tablo 4.4: Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ile karşılaştığında bildirimde bulunup bulunmama durumları.....	50
Tablo 4.5: Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ile karşılaştığında nereye bildirimde bulunulacağı durumu.....	50
Tablo 4.6: Sağlık çalışanlarını iş hayatında çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumları ve bu konudaki düşünceleri.....	51
Tablo 4.7: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan formundan aldıkları ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	52
Tablo 4.8: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının kişisel özellikleri ile karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.9: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının meslek ve çalışılan kurum ile karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.10: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının eğitim durumu ile karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.11: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının meslekteki çalışma yılı ile karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.12: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.13: Sağlık çalışanlarının iş hayatları boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.14: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi alma, prosedür varlığı durumuna göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	58

Tablo 4.15: Sağlık alışanlarının çalıştıkları kurumda ocuk ihmali ve istismarına konusunda yasal yukumluluk bilgisi, bilgi gereksinimi ve eğitim isteği durumlarına gore yonelik bilgi alma, prosedur varlığı durumuna gore İİBRTYO ortalamalarının karşılaştırılması.....59

Tablo 4.16: Sağlık alışanlarının ocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi duzeyler durumlarına gore İİBRTYO puan ortalamalarının karşılaştırılması.....60

Tablo 4.17: Sağlık alışanlarının en fazla gorulen istismar turune gore İİBRTYO puan ortalamalarının karşılaştırılması.....60



1. GİRİŞ

Çocuk uzun süre bakıma ihtiyaç duyan, sevgi ve korunma gereksinimi olan bir canlıdır. Doğduğu andan itibaren ailesi ve çevresi tarafından kişiliğinin ve ruhsal dünyasının sağlıklı bir şekilde gelişmesi için güven ortamı sağlanması en önemli gerekliliktir (1).

Çocuk doğumundan itibaren gelişimi boyunca ailesi ve çevresiyle iletişim kurmaktadır. Bu süreçte inşa ettiği iletişimden çıkarımlar yapmaktadır. Bu çıkarımlar doğrultusunda kişiliğinin ve ruhsal yapısının temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Çocuk yalnızca fiziksel gereksinimlerini karşılaması açısından değil, ilgi ve sevgi gibi duygusal ihtiyaçları bakımından da ebeveynlerine gereksinim duymaktadır. İyi nesillerin yetişebilmesi ebeveynlerin doğru ve sağlıklı tutumlarına bağlıdır. Bundan dolayı, ebeveynlerin davranış stilleri, çocuğun büyüdüğü ortam, diğer yetişkin bireylerin davranışları çocuğun kişiliğini geliştirmesi için son derece önemlidir (2).

Çocuğa dair yapılan tanımlamalar, açıklamalar her ne kadar kültüre ve zamana göre değişkenlik gösterse de toplumun çocuğa atfettiği önem değişmeden devam etmektedir. Toplumların geleceklerini belirlemede en önemli unsurlardan biri de çocukların beden ve ruhen sağlıklı olmalarıdır. Toplumların geleceklerini, çocukların ne derece bilinçli ve nitelikli olarak yetiştirildiği belirlemektedir (3).

Ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumları, kendi kişilik yapılarından, doğup büyüdükları çevrenin sosyal ve ekonomik faktörlerinden, akademik düzeylerinden, çocukluk dönemi özelliklerinden ve ait olunan kültürün çocuk yetiştirme tarzlarından etkilenmektedir. Bu etkilenme sonucunda olumlu tutuma sahip olan ebeveynler çocuklarına yönelik olumlu davranış sergileyip, onların sağlık bir birey olmalarını sağlayarak topluma faydalı olmalarında önemli rol oynarlar. Kötü tutuma maruz kalan çocuklar çevre ve toplumun da etkisi ile kötü muamele ve ihmale maruz kalan bireyler olarak yetiştirilmektedirler (2,4).

Çocuk istismarı hem ülkemizde hem de dünyada çocuklar üzerinde çok büyük etkileri olan bir halk sağlığı sorunudur. İstismara maruz kalan çocuğun beden ve ruh

sağlığı ciddi derecede etkilenmekte ve çocuk üzerinde onarılması güç etkiler bırakmaktadır. Dünya sağlık örgütünün(DSÖ) çocuk istismarı tanımı: “Bir sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında; çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranış veya ticari amaçlı ya da diğer her türlü sömürüdür”. DSÖ, istismar ve ihmal mağduru çocuk ve ergenlere tanı koymayı ve bu çocuklara multidisipliner bir bakış açısıyla, koruma ve tedavi koşullarını sağlama görevinin sağlık alanında çalışan profesyonellerin sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmektedir (5).

Çocuğun istismarı ve ihmali dünyada ve ülkemizde çok başat bir problemdir. Yaşanan istismar, çocuğun hem içinde bulunduğu dönemi hem de gelecekteki yaşamı üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır (6).

Yaşanan olayın mağdur üzerinde bıraktığı onarılması güç etkiler ve yaşamında neden olduğu sorunlar dikkate alındığında çocuk istismarı ve ihmalinin çok büyük bir sağlık ve sosyal sorun olduğu görülmektedir. İstismar ve ihmal olgularının çoğunluğunun ortaya çıkmaması, fark edilememesi var olan sorunu daha da büyük bir hale sokmaktadır. Çocuk istismarının kayıt altına alınan olguların gerçek oranları yansıtmadığı aşikârdır. Olayın ortaya çıkmasına engel olan durumlar; aileyi veya istismarcıyı korumak, yaşanan durumda dolayı utanç, istismarın tekrarlanmasından ya da mağdurun damgalanmaktan korkması gibi nedenlerdir (7).

Çocuk istismarı ve ihmalinin gerek ortaya çıkarılması gerekse önlenmesi toplumun tüm mekanizmalarının görevidir. Bunun için ailelerin eğitilmesi, halka hizmet veren her kesimden bireylerin farkındalıklarının arttırılması son derece önemli ve gereklidir.

Sağlık alanında çalışan profesyonellerin istismar ve ihmal olgularının önlenmesinde, ortaya çıkarılmasında ve sağaltımında önemli bir rolü vardır. Şüphelenilen istismar vakalarında öykünün alınması ve fiziki muayene bulguları ilk ve en önemli aşamalardandır. İstismarın olması durumunda istismarın bildirilip bildirilmemesi veya ne şekilde ve nereye bildirileceği büyük önem arz etmektedir. Bu basamakların sağlıklı ve doğru bir şekilde işleyebilmesi için sağlık profesyonellerinin bu konu ile ilgi bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir. Yeterliliğin sağlanabilmesi için konu ile ilgili eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada; çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Malatya ilinde çalışan sağlık personelinin bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeyleri ölçülmüştür.

Bu çalışma ile Meslek, eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalışılan kurumun ve bu konuda alınan eğitimler gibi değişkenlerin Çocuk İstismar ve İhmali konusundaki bilgi düzeyinde farklılık yaratıp yaratmadığının ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Bu çalışma ile

- Bu araştırmanın sağlık çalışanlarının, çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerini ortaya çıkarılmasında ve bu konu üzerine düşünme, tartışma, yeni araştırma olanakları yaratacağı düşünülmektedir.
- Çalışanların konu ilgili bilgi düzeyleri hakkında daha gerçekçi değerlendirmelerin yapılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.
- Çalışanların bu konuda bilgilendirilmesi, yeni çalışmalara ışık tutulması ve gerekli eğitimlerin düzenlenmesi için kaynak teşkil etmesi beklenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk

Çocuk Hakları Sözleşmesi çocuğu “Ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır” şeklinde tanımlamaktadır (8). Türkiye’de Türk Ceza Kanununa (5237 sayılı) göre çocuk, “18 yaşını doldurmamış kişi”, Çocuk Koruma Kanununa (5395 sayılı) göre ise “daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk sayılır” (9).

2.2. Tarihsel Süreçte Çocuk

Çocuk, tarihsel süreçte toplumun yapısal, kültürel, inançsal ve ekonomik durumlarına göre şekillenen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Aynı toplumda farklı zaman dilimlerinde, farklı sosyal ve ekonomik sınıflarda bu kavramın tanımlanması değişkenlik göstermektedir (10).

Ortaçağ ve günümüz Latin Amerika’sının çeşitli bölümlerinde çocukluk dönemi insan ömrünün doğumdan 5 yaşına kadar, batıdaki orta sınıfta ise bu sürecin 25 yaşına kadar yükseldiği görülmektedir. Batıda tarih boyunca çocuğun konumu antik dönemde hatta aydınlanma ve endüstriyel dönemde bile, 6 yaşından itibaren çocuğun yetişkin iş ve sorumluklarında görevler üstlenmektedir. Çocuk, ailede günlük kazançtan sorumluluk üstlenmekte, ava gitmekte, evin ihtiyaçlarını karşılamakta, kardeşlerine bakım vermek gibi işlere yardım etmektedir. Rönesans döneminden 20. Yüzyıla gelinene değin tarım işçiliği yapan kişilerin kız evlatlarını çoğu zaman 10 yaşından itibaren varlıklı kişilerin evine hizmet için gönderdikleri bilinmektedir. Bu zor koşullar yalnız fakir ailelerin çocukları için geçerli değildi. Ortaçağ asilzadelerinin de erkek çocuklarını 7 yaşından itibaren silah eğitimi almaları için aileden uzağa yollanmaktaydılar (10,11).

Roma babalara evlatlarının yaşamına son verme, onları eşya gibi satma ve terk etme gibi bazı hakları yasalarla verirken, Çin, Meksika, Hindistan ve Peru benzeri yerlerde ise bebeklerin dayanıklılığını ölçmek için akarsulara bırakılmaları sık yapılan ritüellerdendir. Tüm tarihsel dönemlerde kızların erkek çocuklarına göre daha fazla istismara maruz kaldıkları ve yaşamlarına son verildiği bilinmektedir. Özellikle Çin’de

kız çocukları ekonomik sebeplerle satılmakta veya işgücüne yeteri kadar katkı sağlayamayacağı gerekçesiyle öldürülmekteydiler. Eskimolarda misafirlere kızlarını sunmak yaygın bir gelenektir. Hindistan, Avustralya ve bazı İslam devletlerinde kızların henüz erişkin yaşa gelmeden evlendirilmeleri de çocuk ölümlerinin artmasına neden olan etken olarak karşımıza çıkmaktadır (12).

Avrupa'da Rönesans ile birlikte çocuk ve çocuğa dair kavramlar artarak karşımıza çıkmaya başlamıştır. Aydınlanma çağı düşünürleri çocukların yetişkinlerden farklı olduklarını, onların eğitilmesi ve yetiştirilmesine özen gösterilmesi yönünde fikirler ortaya atmışlardır (13).

Günümüzde gelişmiş toplumlarda kabul edilen, bugün kullanılan tanıma özellikle 17. ve 18. Yüzyılda başlayarak devam eden süreç ile ulaşılmıştır. Daha önceki yüzyıllarda, çocuk ve çocukluğa dair bir tanımın var olmadığı, bu kavramlara orta çağdan itibaren başladığı ve daha önceki dönemlerde, çocuğun yetişkine bağımlı olmaktan çıktığı 5-7 yaşlarından itibaren yetişkin yaşama dâhil edildiği bildirilmektedir. Ancak Aydınlanma Çağıyla ortaya çıkan süreçte, çocuklar ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar sonucunda elde edilen bilgi ışığında; toplumlarda ortaya çıkan sosyo-ekonomik gelişmelerle orantılı olarak günümüzdeki çocuk tanımına ulaşılmıştır (14).

Avrupa'da 18. yüzyılda üst ve orta sosyo-ekonomik düzeye mensup aileler, çocuklarının yetiştirilmesi ve eğitimiyle yakından ilgilenmeye başlamışlardır. Fakat düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocukları yetişkinlerin hayatını paylaşmaya devam etmiştir (13).

Batıda çocuk, ebeveynlerin duygusal doyum kaynağı olarak algılanmaktadır. Batı toplumlarında çocuğun yetişmesi ve geleceğe donanımlı hazırlanması temel gayedir. Bundan dolayı çocuk yaşının gerektirdiği sorumluluktan fazlasından uzak tutulmaktadır (15).

Bizim toplumumuzda çocuk kavramının sürecine bakıldığında Avrupada ortaya çıkan gelişmelerin etkileri Osmanlı'da aileyi de etkilemiştir. Osmanlı Devleti 19. yüzyıldan başlayarak çocuğun yetiştirilmesi, eğitimi ve sosyal yenilikleri birlikte ele alıp çocuğun sağlığını, mizacını ve bilgisini geliştirmeyi sosyal gelişmişlik için önemli bir nokta olarak görüp ele almaya başlamıştır (16).

Türkiye gibi geçiş sürecini yaşayan ülkelerin metropollerinde de orta üst ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde bu anlayışın artarak yaygınlaştığını ifade etmek mümkündür. Fakat düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde çocuğa yüklenen anlam ekonomik temelli geleneksel anlam olarak devam etmektedir (15).

Tüm bu olumlu gelişmelere rağmen günümüzde çocuk işçiliği, çocuk gelinler, çocuk istismarı devam etmektedir. Gelişen teknolojinin yarattığı tehlikeler çocuk istismarının ve sömürüsünün daha farklı boyutlara ulaştırdığı, çocukları küresel bir tehditlere açık hale getirdiği görülmektedir.

2.3. Çocuk İstismarı ve ihmalinin Tanımı ve Kapsamı

İnsanlık tarihi kadar eski olan ve önlenemeyen toplumsal yara olarak karşımıza çıkan Çocuk istismarı ve ihmali önemli bir halk sağlığı sorunudur (17,18).

İnsanlık Tarihinin başlangıcından itibaren var olmasına ve çeşitli kaynaklarda yer almasına karşın ilk olarak 18. yüzyılda bir avukatın, cezaevindeki suçlu bireylerin aldıkları cezaların ne kadarını çocuklara karşı işlenmiş suçlar sebebiyle aldıklarını araştırması sonucu dikkati çekmiş ve bu bulgular sonucunda, çocuk istismarı kavramının ortaya çıkmasında katkı sağlamıştır (18,19,20).

1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinen ilk kişi Tardieu'dur. Kempe 1962 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmıştır (21).

Hellnes 1970 de Çocuk ihmal ve istismarının tanımını "çocuk ile bakım vereni arasında, çocuğun fiziksel veya gelişimsel durumuna etki eden, kaza dışı ortaya çıkan, etkileşim ya da etkileşim eksikliği" şeklinde yapmıştır (22).

Helfer ve Kempe 1972 yılında çocuk ihmali ve istismarını, "anne-babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği veya ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasara uğraması" olarak tanımlamıştır (23).

Felthous daha net bir bakış açısı getirerek çocuk istismarını "çocuğu kasıtlı bir şekilde dışlamak, incitmek ve zarar vermek maksadıyla, çocuğun bakımı ile yükümlü kişi tarafından fiziksel güç kullanarak şiddeti hafiften başlayarak öldürücü seviyeye ulaşabilen fiziksel yaralanmaya sebebiyet verilmesi" şeklinde tanımlamıştır (23).

Parke ve Colimer 1975'te çocuk istismarı tanımında kültürel etkenleri göz önüne alarak tanımlamışlardır. Bu tanıma göre çocuk istismarı “ebeveynler ile çocuğa bakmakla yükümlü olan diğer kişilerin giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel normlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğramasıdır” (24).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını; “çocuğun, sağlığını, fiziksel gelişimini ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplumu veya ülkesi tarafından bilerek/bilmeyerek yapılan davranışlar” olarak tanımlamaktadır. Tanım ayrıca çocukların istismar veya şiddet olarak algılamadığı ya da bir yetişkininin istismar olarak kabullenmediği eylemleri de içermektedir. Eylemin, çocuğun algılaması veya yetişkin bireyin bilinçli bir şekilde yapması şartı bulunmamaktadır (25).

Çocuk ihmali, çocuğa bakmakla sorumlu kişilerin yükümlülüklerini yerine getirmemesi, sağlık, beslenme, giyim, sosyal, eğitim ve duygusal ihtiyaçlarının sağlamaması veya temel yaşam gereksinimleri ile ilgilenilmemesi, çocuğu fiziksel veya duygusal olarak ihmal etmesi olarak betimlenmektedir (25,26).

Çocuk İstismarı aktif bir durum yani yapılmaması gereken bir eylemin yapılmaması iken ihmal de ise pasif bir durum yani yapılması gerekenlerin yapılmamasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık profesyonellerinin ihmal ve istismar edilen çocukların tespiti ve bu çocukların multidisipliner işbirliği yapılarak bütüncül bir bakış açısıyla koruma ve tedavi koşullarını sağlamak konusunda yükümlü olduğunu belirtmektedir (5).

Çocuk istismarı; Fiziksel, duygusal, Cinsel istismar ve ihmal olmak üzere 4 başlıkta ele alınmaktadır (25).

2.3.1. Fiziksel İstismar

Çocuk istismarı denildiğinde ilk akla gelen şey çocuğun fiziksel olarak kötü muameleye maruz kalmasıdır. Bu durumun iki sebebi mevcuttur; ilk sebep, istismar türleri içinde ilk olarak tanımlanan olması ve ikinci olarak da bu duruma maruz kalanın üzerindeki etkilerinin en belirgin olan istismar olmasıdır (28).

Fiziksel istismar çocuğa yönelik şiddet davranışdır. Bu davranış çocuğun vücuduna şiddeti değişkenlik gösteren zarar verme eylemidir (27). Fiziksel istismar genellikle “herhangi bir kaza ile ilgili olmayan yaralanmalardır”. Bu durum, çocuğun fiziksel bütünlüğün bozulmasına neden olur (29). Ortaya çıkan zarar fiziki olarak tanılanmasına rağmen, fiziksel istismarın etkileri yalnızca bedensel yaralanmalar ile açıklamaz. Çocuğun uğradığı fiziksel zarara ek olarak genellikle psikolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal sorunlar duruma eşlik etmektedir (30).

Fiziksel istismar her zaman duygusal istismara neden olmaktadır. Çünkü fiziksel yaralanma olmasa bile fiziksel şiddet türleri de duygusal hasara yol açtığı için fiziksel istismar olarak kabul edilir (31).

Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu çocuklarını disipline etmek için eski yöntemlere başvurumaktadırlar. Çocuklarına şiddet uygulayan ebeveynler gerekçe olarak söz dinletmek için bu eski yöntemlere başvurduklarını ileri sürmektedirler. Ebeveynlerin kullandıkları bu yöntemler kültürel açıdan kısmen ya da tamamen görmezden gelinmektedir. Çocukları kontrol altında tutmak ve onları disipline etmek için kullanılan bu yöntemler, çocukları fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuz etkilemekte ve çocuklar için ciddi tehdit içeren bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (32,33).

Ebeveynler genellikle çocuklarının evde meydana gelen bir kaza öyküsü ile sağlık merkezlerine başvururlar. En sık rastlanan nedenler, yüksek bir yerden düşme veya yüksek ısıya sahip bir eşyanın üzerine devrilmesidir. Başvuruda; tedavi merkezine gelmede gecikme, öykü ile fiziksel bulguların tutarsız veya çelişkili olması, tekrarlayan şüpheli yaralanmaların varlığı, ebeveynlerin oluşan durumdan dolayı çocuğu veya başkasını sorumlu tutması, ebeveynlerde istismara uğrama öyküsün varlığı, ebeveynlerin çocukta oluşan hasar hakkında ya ilgisiz olması veya fazla kaygılı olmaları, çocuğun birçok sağlık kuruluşuna götürülmesi gibi durumlar fiziksel istismar şüphesinin göz önünde bulundurulması gereken ipuçlarıdır(34,35).

Sağlık merkezine getirilen çocuğun vücudunda açıklanmasında zorlanılan ve farklı zaman dilimlerinde oluşan yaralanmalar, tutarsız öykü, tekrar tekrar oluşan şüpheli yaralanmalar, sağlık kuruluşuna getirmede açıklanamayan gecikme, anne babanın ilgisiz veya çok fazla endişeli olduğunun görülmesi, ebeveyn ya da bakım verenin meydana gelen hasardan çocuğu veya bir başkasını sorumlu tutması gibi

durumlarda öncelik olarak fiziksel istismarın olabileceği şüphesi göz önünde tutulmalıdır (36).

Çocuklarda kazaların sıklıkla görülmesinin yanında kazaya bağlı olan yaralanmalarla istismara bağlı oluşan yaralanmaların ayırımında yapılacak hatalar çocuk ve aile için telafisi zor sonuçlar meydana getirebilir. İstismarın neden olduğu yaralanmalar tanınmayıp atlandığında çocuk, istismarcıya teslim edilir ve şiddet artarak devam edebilir. Öte yandan kazaya bağlı meydana gelen yaralanmalar yanlış tanımlanıp istismar olarak değerlendirilmesi sonucunda aile gereksiz bir şekilde suçlanır ve adli süreçte hem çocuğun hem de ailenin yıpranmasına neden olunur (37).

Literatür çalışmalarında elde edilen bulgulara göre fiziksel istismarda aileye ait risk faktörleri oranları şu şekildedir: %75 düşük eğitim seviyesi, %69 ebeveynlerdeki psikolojik sorunlar, %66 aile içi şiddetli geçimsizliğin varlığı, %56 sosyo-ekonomik seviyenin düşük olması, %59 aile içi şiddet, %47 ebeveynlerin alkol tüketmesi, %44 işsizlik, %44 ailenin dağılması olarak tespit edilmiştir (38).

Fiziksel istismarda riski artıran etmenler şu şekildedir; zihinsel ve/veya fiziksel engelin varlığı, görmede ve işitmede sorunu bulunan çocuklar, normalin altında doğan çocuklar ve öğrenme güçlüğü olanlardır. Bunlara ek olarak prematürel ve kronik hastalığa sahip çocuklarda risk daha fazladır. Ebeveynlerinin stres düzeylerinin artmasına neden olan çocukların daha çok risk altında olduğu bilinmektedir. Knutson, çocuklarda var olan engelin, ebeveynlerin stres düzeylerinde artışa sebep olabileceğini iddia eder (33).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de fiziksel istismarın sağlık sisteminde yeteri kadar kayıt altına alınmamaktadır. Çünkü Travmadan dolayı sağlık kuruluşuna yapılan başvurularda çocuğun durumu getiren kişiler tarafından saklanma eğilimindedir (39).

Fiziksel istismar iki başlık altında ele alınmaktadır.

a. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Sarsılmış bebek sendromu (SBS), genel olarak 2 yaşından küçük çocuklarda görülen, fakat 5 yaşına kadar olan çocuklarda da görülebilen fiziksel istismarın ciddi bir boyutudur. Bu kavram pediatrik radyolog John Caffey tarafından 1972 tanımlanmıştır

(40). Ekseriyetle 15 aydan, özellikle de 6 aydan küçük çocuklar kızgın ebeveynleri tarafından şiddetli bir şekilde sallandıklarında meydana gelir. SBS faili olan kişilerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler sonucunda, kişiyi bu suça götüren en büyük faktörün, bebeğin durdurulamaz bir şekilde ağlaması olduğu görülmüştür. Çocuğa bakım verenin, ağlayan bebeği susturamamasında dolayı, kontrolünü kaybetmesi ve bunun sonucunda bebeğin, koltuk altından, göğüs bölgesinden, kollarından veya boyun bölgesinden sıkarak şiddetli bir şekilde sarsması, ardından da bebeği sert veya yumuşak bir alan fırlatması ile sonuçlanır. Sarsmanın süresi 5-20 saniye arasında değişkenlik gösterir. Sarsma esnasında, baş, başın içinde çok sayıda kuvvet oluşturarak boyun kendi etrafında şiddetli bir şekilde döner. Eşlik eden spinal kord travması ve uzun kemik, kosta, torakolomber spinöz çıkıntı kırıkları sıklıkla görülmektedir. Komplike olmayan dökümente edilmiş ağır travmalar dahil edilmezse (kafatası kırığı gibi) bir yaşın altındaki çocuklarda ağır kafa içi ezilmelerin %95'i ve meydana gelen tüm kafatası ezilmelerinin %64'ü istismara bağlı olarak oluşur. Çoğu zaman görünür herhangi bir travma bulgusu yoktur (41,42).

Özellikle çocukların içinde buldukları gelişim dönemlerinin üstünde bir performans beklentisi içinde olan ebeveynler çok ciddi bir şekilde istismar potansiyeline sahip olabilmektedirler. Bunun yanında ebeveynlerde psikolojik problemlerinin var olması, çevresel ve ekonomik yönden baskı altında yaşamaları, kontrolsüz ve saldırganlık içeren davranışlarda artışa neden olabilmektedir (40).

İngiltere'de yapılan araştırmada, fiziksel istismara uğrayan çocukların 100 binde 21-24.6'sında SBS bulunmuştur (43). ABD'de 2002 yılında yapılan bir araştırmada, yılda 1300 SBS vakası olduğu ve bundan dolayı 300 çocuğun da öldüğü görülmüştür (44).

b. Munchausen By Proxy Syndrome (Polle Sendromu)

Munchausen by proxy sendromu (MBPS), Ebeveynin çocuğunda herhangi bir belirti olmamasına rağmen bir hastalık üretmesi sonucunda meydana gelen her türlü durumdur. Çocuk ebeveynin ürettiği bir hastalık ya da bu durumun neden olduğu teşhis ve tedavi uygulamaları nedeniyle bedensel ve/veya psikolojik hasar görür. Ebeveynlerin aktardığı fizyolojik bulguların kolay açıklanamaması ve bu bulguların yalnızca ailenin yanında görülmesi MBPS şüphesinin akla getirilmesi için önemli ipuçlarıdır. (37).

Uygulayıcı çoğunlukla çocuğun annesidir. Yapılan bir araştırmada; olguların % 93'ünde annenin uygulayıcı olduğu, sıklık sırasına göre diğer uygulayıcıların çocuğa bakım veren ve baba olduğu görölmüştür (43). Altta yatan fizyo-patolojik yapıyı bulmak oldukça güçtür. Uygulayıcılarda Kişilik sorunları sık sık rapor edilmesine rağmen yapılan psikolojik testlerde bu kişilerin çoğunlukla normal skorlar elde ettikleri bulunmuştur. Uygulayıcıların neredeyse %75'inin geçmişlerinde somatoform bozukluk tanısının var olduğu, üçte birinde ise yalancı hastalık oluşturduğu görölmüştür (46).

Bu duruma bağlı olarak, bakteriyemi, nörolojik anomali, üriner sistem enfeksiyonu, diyabet, konvülsiyonlar, pnömi ve ani bebek ölümleri gibi sendromlar tanımlanmıştır. Bu sendromun, tanı koyarken yanılığya sebep olan ciddi bir sorun teşkil ettiği görölmüştür. Semptomların yanılıtcılığından dolayı bu vakalarda %10 yanlış teşhis konulduğu ve bunun sonucunda çocukların hayatlarını kaybettikleri görölmüştür (47).

Bu sendrom son derece ölümcül bir çocuk istismarı türüdür. Yapılan araştırmalarda ölüm oranının %6-10 olduğu bulunmuştur. Olgularda zehirlenme ya da boğulma varsa ölüm oran %33 seviyesine kadar çıkmaktadır (45).

Türkiye' de Hacettepe Üniversitesi Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu tarafından yapılan bir çalışmada 2005-2008 yıllarında takip yapılan 102 istismar vakasının %3.9'unun MBP tanısı aldığı ve bu çocuklardan birinin boğulma nedeniyle öldüğu saptanmıştır. İstismarın başlangıç yaşı 5.4 olup bu olguların hastanede görölmesi ve tanı konulması ise 8.1 yaş olarak tespit edilmiştir (48).

2.3.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismarı en basit şekliyle tanımlayacak olursak; çocuk psikolojisinde meydana gelen hasar olarak açıklanabilir. Çocuğun anne-baba veya bakımını üstlenen diğer bireyler tarafından istenmeyen davranışlara maruz kalması veya gereksinim duyduğu sevgi ve bakımın verilmemesidir (49).

Duygusal istismar ilk olarak 1974 yılında ABD'de "Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Rehabilitasyonu" isimli kanunda "mental hasar" olarak anılmıştır (50).

Dökmen'e göre duygusal istismar, "bir yetişkinin çocuğu; sosyal, psikolojik ya da ekonomik ihtiyaçlarını gidermek için araç olarak kullanması sonucunda çocuğun mental, emosyonel ve sosyal gelişiminin kötü bir şekilde etkilenmesidir" (51).

Bu istismar türünde fiziksel ve cinsel istismardan farklı olarak herhangi bir somut bulgu bulunmamaktadır. Bu istismar türü tek başına olabileceği gibi diğer istismar türlerine de eşlik edebilmektedir. Bundan dolayı tüm istismar türleri arasında, gerçekleştirilen eylem ve eylemin sonuçları bakımından tespit edilmesi olasılığı ve ölçümü en zor olan türdür. Çünkü bebeklik döneminde normal olarak kabul edilen koruyucu yaklaşım, gelişim döneminin ilerleyen evrelerinde duygusal istismar olarak kategorize edilebilmektedir (25).

Duygusal istismarı en geniş kapsamıyla tanımlayan DSÖ'dür. DSÖ'nün yaptığı tanıma göre duygusal istismar; "çocuğa gelişimine uygun ve gelişimini her yönden destekleyecek sosyal ya da öğrenme çevresinin sağlanmamasıdır." Çocuğun birincil bağlanma figürü ile yeterli bir şekilde ilişkisinin olmamasından dolayı çocukların; içinde doğup büyüdüğü kültürel yapıya uyum, sahip olunan gizil gücün ortaya çıkarılması, dengeli ve bütüncül olma gibi davranışları sergilemesi kesintiye uğramaktadır. Bunların yanında çocuklardan beklenen sosyal ve duygusal kazanımlarda sekteye uğramaktadır. Çocuğun sağlığına, fiziksel, bilişsel, sosyal ve ahlaki gelişimini sekteye uğratabilecek veya uğratma ihtimali yüksek davranışların yapılması da duygusal istismar olarak değerlendirilmektedir (52).

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) , duygusal istismar kapsamına giren davranışları şu şekilde vermektedir; "çocuğun kişisel özelliklerinin, bir işi yapabilme kapasitesinin ve isteklerinin daimi bir şekilde kötülenmesi, sosyal çevredeki ilişkilerden mahrum bırakılması, sürekli doğüstü güçlerle korkutulması veya terk etmekle tehdit edilmesidir" (53).

Bunlara ek olarak; çocuğa değer vermemek, çocuğa küfretmek, çocuğa lakap takmak, kardeşler arasında fark gözetmek ve çocuğu sosyal çevrede aşağılamak da genellikle görülen duygusal istismar türleri arasındadır (39).

Duygusal istismar, genel olarak çocuğun yakın çevresinde var olan, çocukla doğrudan ilişkisi olan ve çocuk için otorite olarak görülen kişi veya kişiler tarafından (anne, baba, abla, ağabey, bakıcı ve öğretmeni vb.) gerçekleştirilir. Duygusal istismarda

diğer istismar türleri gibi (fiziksel ve cinsel istismar) somut bulgular olmamasına rağmen çocuk üzerinde onarılması güç psikolojik ve duygusal hasara neden olmaktadır. Bu hasarın çocuk üzerinde etkileri uzun yıllar devam etmektedir (54).

Sağlıklı bir şekilde doğan çocuklarda herhangi bir organik nedene bağlanamayan gelişim geriliği, duygusal istismar ve ihmal için en net bulgudur. Bu çocuklarda görülen enkoprezis, enürezis, tekrarlanan karın ağrıları gibi değişik psikosomatik belirtiler var olmasına rağmen bu belirtilerin hiçbirinin kesin tanı kriterleri olmadığı akıldan çıkarılmamalıdır. Ayrıca bu çocuklarda Öz benlik saygılarında düşüklük, çekingen davranışlar, yetişkin ve otorite figürlerinden korkma-kaçınma davranışları, öğrenme güçlüğü, okul devam sorunları, yaşamın ileri dönemlerinde alkol ve madde bağımlılığı ve hırsızlık gibi olumsuz davranışlar görülmektedir (55).

Duygusal istismar tanı konulması son derece zordur. Örneğin çocuğun istenmeyen bir şeyi yapması ya da istenen bir şeyi yapmaması nedeniyle bir odaya kilitlenmesi ve sürekli hakaret edilmesi veya aşağılanması, dışarıdan görülebilen bir bulgu vermesi çok olası değildir. Çünkü fiziksel istismarda olduğu gibi çocuğun vücudunda ekimoz, yara, kırık ya da yanık benzeri görülebilir bir hasar meydana getirmez. Fiziksel istismarda kimi ebeveynler çocuklarına fiziksel şiddet uyguladıkları için oluşan yaraları ve morarmaları gördüklerinde kendilerini suçlu hissedip pişman olabilmektedirler. Duygusal istismarda fiziksel hasar oluşmadığı için ebeveynler, çocukta oluşan hasarı göremezler ve yaptıklarının çocukta nasıl olumsuz etki ve yıkımlara neden olduğunu anlamakta da zorluk yaşarlar (56).

Taner ve Gökler duygusal istismarın, bulgularının ortaya çıkması zor bir istismar türü olduğunu, bu yüzden de istatistiki olarak ortaya çıkan verilerin gerçek durumu yansıtmadığı aktarmaktadırlar. Fakat duygusal istismarın görülme sıklığında cinsiyetler arası önemli fark bulunmamıştır. Bu istismar türü çoğunlukla 6-8 yaş aralığında olan çocuklarda yoğun görülmekte ve bu çocuklarda ergenlik çağına değin sürmektedir (54).

Duygusal istismarın liseli ergenlerin kendini kabul seviyelerine etkisi isimli makalede, Ergenlerin algıladıkları duygusal istismar düzeyindeki azalmanın kendini kabul seviyesinde artışa etki ettiği görülmüştür. Kendini kabul değerini belirlemede kendi cinsiyetini kabullenme dışındaki diğer tüm alt boyutlarda anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (57).

Duygusal istismarın tanılanmasındaki zorluklar ile karşılaştırılması nedeniyle, anne-baba ve hareket odaklı kategorik sınıflama bir geliştirilmiştir.

Buna göre;

Reddetme: Ebeveyn tarafında çocuğun ihmal edilmesi veya kendisinden uzak tutulması, çocuğun kendisini istenmeyen, sevilmeyen ve değer verilmeyen biri olarak algılaması neden olmaktadır. Ebeveynlerin, Çocuklarının başarılarını dikkate almamaları, çocukları ile etkili iletişim kurmamaları, onların yardım taleplerini reddetmeleri ve ebeveynlerin kendi değer yargılarını zorla kabul ettirmeleri vb. (10,58).

Aşağılama: Ebeveynin; çocuğa değer vermemesi, onları kötülemesi, aşağılaması, utanmalarına neden olmaları ve saygınlığını düşürmeleridir. Çocuğa küçük düşürücü ifadeler kullanmak, sosyal çevrelerinde küçük düşürmek, küçümsemek, kardeş ve akran çevresi ile kıyaslamak (10,58).

Korkutma: Çocuğa sözel şiddet uygulama, fiziksel yada duygusal hasar vermek, çocuğu korkutmak ve tehdit etmek. Ölümle tehdit, aşağılama, sıkça ve gereksiz yere cezalandırma, dövme vb. (10,58).

Yalnız Bırakma: Diğer insanlar ile sosyal ilişki kurmasını engelleme, arkadaşlık kurulmasına izin vermeme, uzun süre kimseyle sosyal iletişim kurmasını engelleyecek şekilde kısıtlı bir yerde tutmak. Çocuğun evde ve dışarda her türlü aktiviteye katılımını sınırlama, çocuğun yaptıkları olumlu ya da olumsuz hareketleri konusunda geri bildirimde bulunulmaması vb. (10,58).

Ahlaken Bozma: Çocuk için sağlık bir sosyalleşmeye sebebiyet, antisosyal davranış konusunda olumsuz rol model olma ya da bu bilinçli bir şekilde öğretme, toplumun ahlaki normlarına uymayan ilgiler edinmesi ve yapması konusunda cesaretlendirmek. Saldırgan ve uyumsuz davranış edindirme ve bu konuda cesaretlendirme, yanlış ilaç kullanımı ve alkol-madde kullanımı için zemin hazırlama, soygun, fuhuş gibi istenmeyen durumlara yönlendirme vb.) (10,58).

Sömürme: Çocuğa bakmakla yükümlü bir kişi tarafından, yetişkinin gereksinimlerini karşılaması amacıyla kullanılması. Çocuğa toplumda kabul görmeyen dilencilik, hırsızlık, bedeninin cinsel açıdan pazarlanması, okul hayatına son verilerek

çalıştırılması, kardeşlerine bakım sorumluluğunun verilmesi gibi sorumlulukların yüklenmesi vb. (10,58).

Gerekli Uyarılma, Duygusal Yanıt veya Ulaşılabilirliğin Olmaması: Çocuk için gerekli sevgi ve duyarlı bakımın ihmal edilmesi, emosyonel ve bilişsel gelişiminin ketlenmesi, çocuğun çoğunlukla ihmal edilmesi. Önemsememe, yok sayma, sorunlarına karşı ilgisiz ve sorumsuz davranma, gelişimsel kriz dönemlerinde gerekli ilgiyi göstermeme vb. (10,58).

Güven Vermeyen Tutarsız Bakım: Çocuğa yönelik beklenti ve isteklerde tutarsızlık, anne-baba desteğinin veya bakımının tutarlı ve güven verici tarzda olmamasıdır (10,58).

Duygusal istismar diğer tüm istismar türlerine neden olabilen bir durumdur. Duygusal istismar meydana gelmesi engellendiği takdirde cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmal olaylarının da engellenebilmesi mümkün hale gelir. Duygusal istismarda, yapılan eylem ölüme sebebiyet vermemesine rağmen, çocuğun dünyasında bilinenden çok daha fazla hasara yol açmaktadır. Meydana gelen bu hasarlar çocuğu psikolojik ve duygusal yönden örselemekte, alışlagelen kişilik gelişiminde aksaklıklar yaşanmasına, bilişsel kapasitesinde olumsuzluklar meydana gelmesi, akademik başarısında düşüş, diğer insanlar ile iletişimde bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır (59).

2.3.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar ilk defa 1978 yılında Henry Kempe Ruth tarafından "bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adolesanların bilinçli olarak onay vermeye muktedir olmadıkları, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları" şeklinde tanımlanmıştır (60).

Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect) çocuklara yönelik cinsel istismarı "rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir edim içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması halinde cinsel istismara uğramış sayılır; bu tanım, söz konusu edimin herhangi bir araç ve cebir kullanılarak yapılıp yapılmadığı; genital ya da fiziksel temas içerip içermediği; çocuk tarafından

başlatılıp başlatılmadığı ve kısa dönemde ortaya çıkacak derecede zararlı bir sonuç doğurup doğurmadığı ile ilgilenmez” olarak tanımlanmaktadır (61).

Bir diğer tanımda Cinsel istismar; “psikolojik ve sosyal yönden gelişimini henüz tamamlanmamış bir çocuğun, kendisinden yaşça daha büyük bir başka çocuk tarafından ya da bir yetişkin tarafından cinsel doyum yaşamak amacıyla kullanılmasıdır” şeklinde açıklanmıştır (62).

Cinsel istismar; Medikal, sosyal ve ahlaki yönleri olan bir sorundur. Cinsel istismar ile cinsel oyunları birbirinden ayırmak gerekmektedir. Benzer gelişim dönemindeki çocukların birbirlerinin genital bölgelerine bakması ya da ellemesi, cinsel ilişkinin olmaması şartı ile normal olarak kabul edilir (63,64). Fakat İki çocuk arasında meydana gelen cinsel eylemler, çocuklar arasında yaş farkının dört yıl ve üstünde olması, yaşı küçük olan çocuğun zorla veya ikna edilmesi yoluyla cinsel doyum amacı taşıyan eylemlere uğraması da cinsel istismar olarak değerlendirilir (65). Cinsel istismarın olgularında eylemi yapan kişilerin büyük bölümünün aile üyeleri içinde veya aileye yakın kişilerden oluştuğu görülmüştür. Bu durumun nedeni de bu kişilerin çocuğa erişiminin kolay olmasıdır. Çocukların büyük bir kısmı cinsel istismarı saklamakta ve ergenliğe değin kimseyle paylaşmamaktadır (66). Bu durum cinsel istismarın boyutunun tam olarak ortaya çıkmasını etkilemektedir (54).

Çocuğun cinsel istismara maruz kalıp kalmadığı kararı verilmesi güç aynı zamanda sonuçları çok ciddi sorumluluk getirmektedir. Çocukta çoğunlukla genital bölge, ağız, kol, boyun ve bacaklarda morluk ve sıyrıklar, ısırık izleri ile birlikte görülebilen rektal dokuda yırtık, vajinal açıklıkta genişleme, vajinada ve rektal bölgede kanama olabilir. Bunun yanında oturmada sorun yaşama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital bölgede ağrı, kaşıntı veya şişme, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları da görülebilir (67,47).

Kinnear, yaşanan bir olayın cinsel istismar olabilmesi için bazı temel koşulları taşıması gerektiğini ifade etmektedir. Çocukların kendilerine yapılmak istenenin ne olduğunu bütünüyle kavrayamadıklarını ve onu reddedebilecek güce sahip olmadıklarını bu yüzden de onların istismarı rıza göstermeleri olanaklı değildir. Bundan dolayı bu koşulların başında rıza yokluğu (lack of consent) gelmektedir. İkinci koşul ise sömürüdür (exploitation). Sömürü; çocukların kendilerinden neredeyse her durumda daha güçlü erişkin kişiler tarafından bazen hediye ile bazen de korku ve ceza ile veya

başka şekillerde cinsel eyleme itilmeleridir. Başka bir koşul ise çocukta yaşadıkları ile ilgili çelişik duyguların (ambivalence) var olmasıdır. Cinsel istismara maruz kalan çocuk, yaşanan durumun cinsel boyutunu kavrayamaz fakat gördüğü ilgiden veya aldığı hediyeler dolayısıyla mutlu olur. Bir değer koşul olan güç (force) ise çocuğu cinsel eyleme zorlamak için fiziksel ve psikolojik olarak daima vardır. İstismarcı, çocuğu yaşananları başkasıyla paylaşmaması gerektiği yönünde tehdit eder. Bu tehdit kendisine yönelik olabileceği gibi ailesi ve sevdikleriyle de olabilmektedir. Son koşul ise gizlilik (secrecy). İstismarcı çocuğun yaşadıklarını kimseye anlatmaması için onu bir şekilde (korkutma, tehdit, cebir vb.) ikna eder (68).

Cinsel istismar; çocukla müstehcen konuşma, çocuğa cinsel ilişkiyi izletme, teşhircilik, röntgencilik gibi temas içermeden gerçekleştirilen istismar ve taciz, tecavüz, fuhuş yaptırma gibi dokunmanın yer aldığı cinsel istismar son olarak şiddetin de eşlik ettiği cinsel istismar olmak üzere sınıflandırılabilir (69).

İstismara uğrama riski altında olan çocuklar;

- Kız çocuklarında risk daha yüksektir
- Olgunlaşmamış, mental retardasyonu olan, fiziksel engelli, kendini ifade edemeyen ve çok ağlayan çocuklar için risk yüksektir.
- Tek ebeveynli olma, ilgisiz bir annenin varlığı ve aile yaşamının mutsuz olarak algılanması durumlarının varlığı, her iki cinsiyet için riski arttırmaktadır.
- İstismar mağduru erkeklerin istismarcı olma olasılıkları daha yüksektir.
- Üvey baba ile birlikte yaşayan kızların öz babaları ile birlikte yaşayan kızlara göre daha yüksektir
- Çekingen, bağımlı, endişeli, zayıf, kaygılarını ifade edemeyen, tehlikeli davranışları anlamayan ve dile getiremeyen çocuklar yüksek risk altındadırlar (70).

Türkiye İstatistik kurumunun (TÜİK)'un 2015 yılı bulgularına göre 15-24 yaş arasında olan gençlerin %9.5'i cinsel şiddete, %28.1'i ise cinsel ve fiziksel şiddete uğramıştır. Ankara Üniversitesi ve DSÖ tarafından 2016 yılında hazırlanan "Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması Raporu" sonuçlarına göre kadınların %7.2'si, erkeklerin ise %8.7'si çocukluklarında

cinsel tacize uğradığı fakat cinsel istismar ve ensest vakalarında kesin ve net veriye erişilemediği bildirilmiştir (69).

Cinsel istismara mağduru çocukların yaşa göre dağılımlarına bakıldığında; mağdurların %30'u 2-5 yaş , %40'ı 6-10 yaş ve %30'u 11-17 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle mağdur çocukların %70'inin yaşları küçük olan grupta yer aldıkları görülmektedir. Kızlar erkek çocuklardan 3 kat fazla istismara maruz kalmaktadır. Yurt içinde yapılan çalışmalarda ise bu oranı birbirine yakın bulunmuştur. İstismarcıların %96'sı erkek ve %80'i de çocuğun tanıdığı kişilerdir (71).

Aile içi Cinsel İstismar (Ensest)

Ensest; “ahlaki, hukuki ve dini açıdan evlenmeleri yasak olan, yakın akraba olarak belirtilen kişilerin cinsel ilişkide bulunmalarıdır” (72).

Her birey, güven duygusunu ilk olarak içinde büyüdüğü yakın çevresinde öğrenir. Yakın çevresindeki kişiler tarafından ihanete uğramak ise yaş önemli olmaksızın herkes için büyük bir güven kaybıdır. Çocuğa yönelik cinsel şiddet türleri içinde çocuğu ne fazla etkileyip yaralayan ve geri kalan yaşamında onarılması zor izler bırakanın, ensest olduğu muhakkaktır. Çünkü ensest çocuğun güvendiği ve onu koruyacağına inandığı kişiler tarafından gelen zarardır.

Ensest ilk çağlardan beri çoğunlukla tabu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tarihsel olarak ele alındığında; mısır, Japonya ve Peru gibi yerlerde kraliyet ailelerinin bu durumu meşru bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir. Bunun gerekçesi de ailenin saflığının bozulmamasıdır. Sofokles'in yazdığı Kral Oidipus trajedyasında, Oidipus babasını istemeyerek öldürür ve sonrasında annesiyle evlenir. Oidipus'un durumu öğrenmesinin akabinde gözlerini oyup kendini cezalandırdığı aktarılır (73).

Ensestin, tüm istismar türleri içinde iki nedenden dolayı önemi daha fazladır: İlki, bu durumun aile içinde meydana gelmesi, toplumdaki ahlaki normlar tarafından reddedilmesi ve aile birliğinin bozulması tehdidi gibi faktörler diğer cinsel istismar türlerine oranla ortaya çıkmasını güçleştirmektedir. İkinci neden ise, kurbanlarda diğer istismar türlerine göre onarılması güç ve kronik sorunlar meydana getirmesidir (74).

Çocuk bazen, istismarcının yaptığı davranışı sevgi gösterimi olarak algılayıp, sevgi gereksiniminin fark edilip giderildiğini düşünebilir. Bu sebeple bu sevme türünün

normal olduğunu düşünüp istismar edildiğinin ayırıcısına varamayabilir. Bundan dolayı istismarın ortaya çıkmamasında gecikmeye neden olabilir. Ayrıca istismarcı çoğunlukla mağdur çocuğun karşı koymasını ortadan kaldırmak amacıyla ödül veya tehdit yöntemini tercih etmektedir. Bu durumun sürmesi için çocuğa verilen ödüller sevgi gösterimi ve maddi değeri az olan küçük hediyeler almaktan, maddi değeri yüksek olan hediyelere kadar çeşitli biçimlerde olmaktadır. Korku vermek amacıyla başvuru yöntemleri ise fiziksel şiddet uygulamaktan, çocuğu ve yakın çevresini ölüm ile tehdide kadar gidebilmektedir (75).

Birçok ensest vakasının tesadüfen başka bir çalışma ya da bir hastalığın belirtilerinin araştırılması esnasında ortaya çıktığı görülmektedir. Genellikle çocukların okul davranış problemleri nedeniyle ebeveynler tarafından uzmana gitmeleri sırasında uzmanın tarafından yapılan araştırma sonucu bu durum gün yüzüne çıkmaktadır (25).

Son zamanlarda üzerinde en çok durulan şey ensestın sosyal ve ekonomik düzey ile ilişkisinin olup olmadığıdır. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde bu durumun sıklığının daha fazla olup olmadığıdır. Yapılan çalışmalarda Sosyo-ekonomik düzey ile ensest arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına dair bir bulgu görülememiştir. Fakat çalışmalar, ensestte kişilik tiplerinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bu vakaların büyük bir kısmında istismarcının baba olduğu görülmektedir. Annenin istismarcı olduğu vaka çok seyrek (76).

Enseste için düşünülen risk faktörleri

- Babanın alkolik olması,
- Babanın normalin dışında şüpheli veya bağınaz olması
- Babanın otoriter olması
- Annenin olmaması veya annenin ailede koruyucu güç olmayı becerememesi,
- Kız çocuğunun evde anne rolünde olması ve ev işlerinin yapması
- Anne babanın sorunlu veya biten bir cinsel hayatlarının olması
- Kontrolünü sınırlayan etkenlerin (kimyasal bağımlılığın varlığı, sınırda zeka, psikopatoloji gibi) olduğu babanın varlığı,
- Kız çocuğunda bir anda ortaya çıkan ayartıcı davranışların olması
- Çocuğun diğer bireylerle yakın ilişki kurmasının sınırlanması
- Anne babanın yabancı insanlara yönelik tutumlarının düşmanca ve paranoid olması

- Ebeveynlerden birinin veya her ikisinin ailesinde ensest ilişki öyküsünün olması,
- Babanın ergenlik çağındaki kızına karşı gereğinden çok kıskançlık göstermesi (77,78).

Türkiye’ de yapılan bir araştırmada ensest olgularının %57’sinde istismarcının biyolojik baba, %4’ünde öz ağabey, %13’ünde birinci derece yakın akrabalar, %26’sında ise ikinci derece akrabaların olduğu ortaya çıkmıştır (79).

Türkiye’ de klinik ve okul araştırmaları haricinde verilere erişmek mümkün değildir. Bunun sebebi ensestin gizlenmesi ve ulusal kayıtların olmamasıdır. Ülkemizde 2009 yılında yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nın sonuçlarına göre, kadınların %7’si 15 yaşından önce Cinsel istismara uğramışlardır. Olguların %30’unda istismarcı yakın akrabadır. Ayrıca istismarcıların %2.4’ünün öz baba, %0.6’sı üvey baba, %1.7’si erkek kardeştir (80).

2.3.4. İhmal

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre ihmal; “çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun gelişimi için gerekli olan ihtiyaçlarının karşılamaması veya bu ihtiyaçlarının dikkate alınmamasıdır”. Bu ihtiyaçlar; medikal, bakım, eğitim, emosyonel ve mental gelişim, barınma ve güvenli yaşam gibi birincil ihtiyaçlardır. Anne/baba veya diğer bakım verenlerin var olan kaynaklarla doğru orantılı bir yaşama alanı sunmaları gerekmektedir. Fiziksel ve cinsel istismar ile kıyaslandığında çok daha göreceli olmasından dolayı tanı koymada güçlük yaşanmaktadır. İhmal ve istismarı birbirinde ayıran en başat özellik ihmalde yapılması gerekenlerin yapılmaması, istismarda ise yapılmaması gerekenlerin yapılmasıdır. İhmal, özellikle yaş ile uyumsuz gelişim düzeyine sahip, psikososyal uyum sorunu olan, eğitim ihtiyaçları göz ardı edilen çocuklarda daha çok düşünülmelidir (42,81).

Çocuk ihmali; fiziksel ihmal, sağlık ihmali, cinsel ihmal, eğitimin ihmali gibi çeşitli şekillerde görülebilmektedir (82,5).

a. Fiziksel ihmal

Çocuğun; beslenme, barınma, giyinme gibi temel gereksinimlerin karşılanmasındaki yetersizlik şeklinde tanımlanmaktadır (5).

Fiziksel ihmal alt gruplar şeklinde ele alınmaktadır. Bunlar;

Yetersiz Beslenme: Çocukta beslenme ihmali nedeniyle gelişimin beklenilenin altında gerçekleşmesidir. Çocukta organik bir sorun olmamasına rağmen gelişim sorunları var ise ihmal durumunun olabileceği yönünde şüphe duyulmalıdır.

Uygun Olmayan Giysiler: Çocuğun yaşına uygun olmayan şekilde giydirilmesi veya mevsim şartlarına uygun olmayan şekilde giydirilmesi ihmali düşündürmelidir.

Yetersiz Temizlik: İhmale edilen çocuklarda sık sık görülen bir durum, çocuğun giysilerinin temiz olmaması, kişisel temizliğinin yapılmaması veya çocuğun rahatsız edici şekilde kokmasıdır.

Yetersiz Ev Koşulları: bu durum ihmalin diğer belirtileri ile ele alınmalıdır.

Kazalara Karşı Önlem Alınmaması: Motorlu bir taşıtta küçüğü yalnız bırakmak, çocuğun erişebileceği yerlere yanıcı ve zehirli maddeleri koymak gibi davranışları içerir.

İntrauterin İhmal: Anne karnındaki bebeğin ihmali edilmesidir. Annenin gebelik sırasında sigara, alkol gibi maddeleri kullanması, yeterli bir şekilde beslenmenin ve gerekli sağlık bakımının sağlanmamasıdır (83).

b. Sağlık İhmali

Sağlık ihmal, çocuğun sağlığı için gerekli olan bakımı sağlamamaktır. Çocuklar için hayatı tehdit edici, başarısız medikal uygulamaları yapan aileler sağlık ihmalcisi olarak tanımlanmaktadır (22).

Çocukta hastalık meydana geldiğinde gerekli tedavinin yapılmaması ya da ihmal edilmesi, aşılarının zamanında yaptırılmaması, tedavi önerilerine uygun davranılmaması gibi konuları içerir (84).

c. Duygusal İhmal

Çocuğun ihtiyaç duyduğu sevgi ve yakınlığın gösterilmemesi, bilhassa ergenlik çağında olan çocuğun ihtiyaç duyduğu destek ve denetimden mahrum bırakılması şeklinde tanımlanır (82).

d. Cinsel İhmal

Çocukların cinsel travmalardan korunmaması, ilgi gösterilmemesi, çocuğun cinsel gelişimi için gerekli özenin olmaması "Cinsel ihmal" şeklinde açıklanmaktadır (3).

2 yaşından itibaren cinsel kimliklerine uygun bir şekilde davranmaya başlayan çocuğa, içinde bulunduğu gelişim dönemine uygun olarak davranmamak, cinsiyetini göz ardı ederek giydirmek, oyuncak seçimi yaparken gelişimi üzerinde cinsel içerikli tercihler yapmak gibi davranışlarla meydana gelir. Bu dönemdeki davranışlara bağlı olarak çocukta daha ileriki yaşlarda bazı davranışsal sorunlar meydana gelmektedir (123,124).

e. Eğitim İhmali

Çocuğu okula gitmesi gereken dönemde okula göndermemek veya okula devam eden çocuğun özel eğitim ihtiyaçlarına kayıtsız kalmaktan süregelen devamsızlık davranışına onay vermek, dersleri, okuldaki problemleri veya başarısızlıkları ile ilgilenilmemesine varıncaya kadar geniş bir yelpazede ele alınmaktadır (82,87).

Çocuğun ihmal ve istismar edilme sebepleri ele alındığında bunları iki farklı kategoride toplamak mümkündür. Bunlar temel olarak içsel ve dışsal stres etkenleri olarak gruplandırılabilir. Strese neden olan dış faktörler; bazı sosyal, ekonomik ve kültürel koşullar ailede sorunlar meydana getirerek çocuğun ihmal edilmesine sebep olabilir. Ekonomik gelirin düşük olması ailedeki en temel stres faktörlerindedir. Bu durum işsizlik, yoksulluk, borçlanma olarak karşımıza çıkabilir. Bunun yanında yeterli beslenme sorunu, elverişsiz barınma, sağlıklı olmama gibi problemler de beraberinde meydana gelebilir. İç stres faktörleri ebeveynlerin kişilik yapısı, çocuğa ait özellik ve çevreden kaynaklı çocuktan içinde bulunduğu gelişim döneminin üzerinde istekte bulunulması olarak gruplandırılabilir (88).

Çocuk ihmalinin sebeplerine bakıldığında en çok karşılaşılan yoksulluktur. UNICEF'in açıkladığı "Dünya Çocuklarının Durumu 2001" rapora göre; gelişmekte olan ülkelerde dünyaya gelen her on çocuktan dördü aşırı yoksul bir çevre içinde yaşama başlamaktadırlar. Yoksulluk bir çok boyutu olan bir kavramdır ve yalnız ailelerin gelir düzeyi baz alınarak çocuk yoksulluğunun oranını ifade etmekte

yetersizdir. Bundan dolayı UNICEF, çocuk yoksulluğunun belirtilerini şu şekilde ortaya koymuştur:

- 18 yaş altı ölümlerin varlığı,
- 0-5 yaş grubunda düşük kilo varlığı,
- 0-5 yaş çocuklarda boy kısalığı,
- Temiz içme suyuna erişebilen nüfusun toplam nüfusa oranı,
- Aşılari eksiksiz çocuk oranı,
- İlköğretim çağında olup okula başlayan çocuk oranı (89).

2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) açıkladığı verilere göre; Dünya genelinde 1-14 yaş arasındaki 40 milyon çocuk ÇİVİ’ye uğramakta ve bu konuda desteğe gereksinim vardır (90). Yapılan çalışmalar Dünya genelinde çocukların, şiddetin farklı şekillerine maruz kaldığını göstermektedir. Christoffersen ve DePanfilis’in 2009 yılındaki çalışmasında, “çocukların %12’sinin fiziksel istismardan, %38’inin fiziksel ihmalden, üçte birinin de psikolojik istismarın çeşitli türlerinden muzdarip olduğu” bildirilmektedir (91). Amerikan Çocuk Koruma Servisi cinsel istismar oranını %0.4 olarak bildirmektedir (3). Wu, Berenson ve Wieman’ın 2003 yılındaki araştırmalarında, yaşam süresince en az bir defa cinsel saldırıya uğradığını aktaran ergenlerin oranını %21 olarak bildirmektedir (92). ABD’de 2012 yılında yayınlanan son raporda “2010 yılında 754 bin çocuk kötü muameleye maruz kalmıştır. Bu vakaların %78.3’ü ihmale, %17.6’sı fiziksel istismara, %9.2’si cinsel istismara, %8.1’i duygusal istismara uğramıştır. Çocuk istismarı ve ihmali nedeniyle 1560 tane ölüm gerçekleşmiştir. Ayrıca 3.3 ile 10 milyon arasında çocuğun da aile içi şiddete tanık olmuştur” (93).

Dünya genelinde istismar mağduru çocuk sayısı bir hayli fazladır. Asya ve Avrupa’da yapılan çalışmada, 9-17 yaş grubundaki çocukların %60’ının yanlış bir şey yaptıklarında ebeveynlerin uyguladıkları cezanın dayak şeklinde olduğu görülmektedir. İngiltere’de istismar ve ihmalden dolayı haftada 4 çocuğun yaşamı son bulmakta, 0-4 yaş grubunda fiziksel istismar oranı da %0.1 olmaktadır (94).

Çocuk ihmal ve istismarı konusunda 1980-82 yılları arasında Türkiye’de 8 ilde yapılan bir araştırmaya göre, çocukların %33’ü istismara uğramaktadır. Bunların %25’ini tokat atma, kulak ve saç çekme gibi fiziksel istismarın alet kullanılmadan

yapılan şeklini ve %14'ünün sopa gibi bir araçla yapıldığı görülmektedir. Eğitim seviyesi düşük olanveya ailelerde istismar oranı %40 iken, yüksek eğitim seviyesine sahip ailelerde bu oran %17 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise, 7-14 yaş arasındaki çocukların neredeyse %40'ı ebeveynlerden bir ya da her ikisi tarafından şiddet gördüklerini belirtmişlerdir (88).

Irmak'ın 2008 yılında 12-17 yaş grubundaki ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmada, olguların %48'i fiziksel istismara, %17'si İhmale ve %8'i cinsel istismara uğramışlardır (95). Kaynar ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada olguların %60.1'inin çocukluk çağında ebeveynleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (96). Ayan ve Kocacık'ın 2009 yılında Sivas ilinde 70 ilköğretim okulunda yaptıkları çalışmada benzer bulgular bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, katılımcıların %54'ünün anne, % 46'sında da babadan şiddet görmüşleri görülmüştür (97).

Eski adıyla T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF iş birliği ile yapılan ve sonuçları 2010 yılında yayınlanan "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" raporuna göre "Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş grubundaki çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu ayrıca çocukları % 51'inin duygusal istismara, %43'ünün fiziksel istismara, %3'ünün cinsel istismara ve %25'i ise ihmale uğramıştır"(98).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde yer alan Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından Şubat 2009'da yayınlanan Türkiye'de Kadınlara Yönelik Şiddet Ulusal Araştırmasına göre görüşme yapılan kadınların; %7'si 15 yaşından önce cinsel istismara uğradıklarını aktarmışlar. İstismarcıların %30'u yakın akrabadır. İstismarcıların yakınlık derecesi ayrıntılı olarak ele alındığında, istismarcıların %2.4'ünün baba, %1.7'sinin erkek kardeş ve %0.6'sının üvey baba olduğu görülmüştür (75).

2.5. Çocuk İstismarını Açıklamaya Yönelik Kuramlar

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerini açıklamak amacıyla birden fazla kuram ortaya çıkmış ve bu alanda çalışmalar yapılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin ortaya çıkan bu kuramlar istismarın bir çeşidine özgü olmayıp konuyu bütüncül bir şekilde ele almaktadır.

2.5.1. Psikiyatrik Kuram

Psikiyatrik kuramın kurucusu Terr'dir. Bu kuram çocuk istismarı sorununun değine ilk kuramdır. Kuram istismardan anne ve babaların sorumlu olduğunu iddia eder ve ebeveynlerin özelliklerine odaklanmaktadır. İstismarcı ebeveynlerin kişilik özelliklerinin diğer ebeveynlerden farklı bazı özellikler olduğunu varsaymaktadır (99).

Psikiyatrik kuramda ilk olarak, istismarcı ebeveynlerin hasta ya da anormal olabileceği düşüncesi kabul edildiğinden, ebeveynler için manik depresyon ve şizofreni benzeri psikiyatrik gruplar oluşturulmuştur. Fakat yapılan klinik çalışmalarda istismarcı anne ve babaların sadece %10'unun ruh sağlığı açısından hasta olarak ele alınabileceği görülmüştür (100). Belirtilen bu oran, deneysel bir bulgu olmayıp, geçerliliğinin kesinliği yoktur (101).

İstismarcı ebeveynler psikopatolojik açıdan ele alındıklarında, bu kişilerin zeka seviyelerinin normal olduğu fakat benlik algılarının özgüvenlerinin ve özsaygılarının normalden düşük olduğu görülmüştür. Bu kişilerin ebeveynlik işlevlerinde yetersiz oldukları hissi ayrıca toplumsal ve bireysel ilişkilerde başarısızlık ve yaşam düzeni kurma ve sürdürme konusunda da başarısız oldukları belirlenen diğer hususlardır. Bunlara ilave olarak istismarcı ebeveynlerin tepkilerinin depresif olduğu ve ölümlle sonuçlanan istismar davranışı sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (102).

Bu kuramda kişilerin sadece bireysel olarak psikopatolojik durumları ele alınmaz. Bu kişilerin sosyal ilişkileri, geçmiş yaşantılarına dair ilişkileri de ele alınıp incelenmektedir. İstismarcı ebeveynlerin neredeyse tamamında çocukluk yıllarında istismara maruz kaldıkları ya da bu duruma maruz kalan kardeşine şahit olmaları ortak özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. İstismarcı anne ve babaların yaptıkları bu davranışları kendi ebeveynlerinden model alarak uyguladıkları görülmüştür. çocukluk çağından ebeveynlerinden kötü muamele görmenin sonucunda, bu çocuklarda yaşamlarında olan diğer insanlarla sevgi temelli ilişki kurma ve bu bağı sürdürme noktasında sorunlar yaşarlar. Ebeveyn olduklarında da çocuklarına sevgi gösterme konusunda sorun yaşarlar (103).

Çocuklarına yönelik kötü muamelede bulunan ebeveynler ne kendilerine ne de diğer insanlara güven duyarlar. İlişkilerinde sevgi ve saygı düzeyinin de diğer insanlara göre düşük olduğu aktarılabilir. İstismar olgularına bakıldığında çoğunlukla ayrılmış

anne ve babanın olduğu görülmekte ve çocuğun genellikle tek ebeveyn ile yaşadığı bu kişinde çoğunlukla anne olduğu görülmüştür. Bu durumlara ilaveten, birlikte yaşama durumunda da aile içi ilişkilerin sağlıklı olmadığı, sorunlu iletişimin var olduğu ve şiddete başvurulduğu da tespit edilmiştir (104).

Psikiyatrik kuram İstismarcı ebeveynleri diğer ebeveynlerden ayıran bazı farklılıklar ve bireysel özellikleri ele almaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir; Depresyon, anksiyete, düşük benlik algısı, tükenmişlik, düşük empati düzeyi, bencil tutumlardır (105).

2.5.2. Sosyolojik Kuram

Bu kuram istismarın nedenlerini ele alırken psikiyatrik kuramın savduklarının aksi bir noktada konumlanmaktadır. Kurama göre istismarı meydana getiren nedenler; toplumun değer yargıları, örgütler aile ve kültür şeklinde belirlenmiştir (99).

Bu kuramı önemli kılan, şiddeti ele alırken bireyden çok toplumu ele alması ve vurguyu topluma yapmasıdır. Yapılan çalışmalarda düşük ekonomik düzey ve işsizlik gibi çevresel faktörler ile aile içindeki şiddet arasında bir bağlantının olduğu ortaya koyulmuştur (106).

Sosyolojik model, vurguyu bireyin çevresi ile girdiği ilişkiye yapmakta ve birey için sosyal desteğin önemi üzerinde durmaktadır. Anne ve babanın çevresiyle olan ilişkisinde yalnızlaşması stres düzeyinin artmasına ve istismar davranışına yönelmesine neden olabilmektedir. Sık göç eden bir aileyi düşünürsek bu ailenin çevresiyle kuracağı ilişkiler azalacağından ve sürekli yeni ilişkiler kurmak zorunda olacağından bu ailenin stres düzeyi artacak ve istismarın gözlenmesi daha olası bir sonuç olacaktır. Bu model ebeveynlerin stres düzeylerinin azaltılmasını ve toplumda yalıtılmış şekilde yaşayan ebeveynlerin toplumla iletişiminin artmasını çocukların istismar ve ihmali önlemek için başat faktör olarak görmektedirler. Ayrıca çalıştığı işten memnun olmama gibi faktörlerinde risk teşkil ettiğinin ifade etmektedirler (95).

Sosyolojik kuram çocuk istismarının oluşmasına neden olan faktörleri şu şekilde görmektedir;

- Çocuk yetiştirme tarzının şiddet içermesi kültürel açıdan onaylanması, eğitim kurumlarında, kitle iletişim araçlarıyla açık olarak veya gizli bir şekilde fiziksel gücü özendirici argümanların kullanılmasını onaylamaktadır.
- Çocuğa uygulanan şiddet farklı etnik ve sosyal sınıflara göre farklılık görölmektedir.
- Disiplin kriterleri toplumsal olarak kabul gören değer yargılarına göre değişmektedir.
- Yaşanılan çevrede bireyin yaşadığı baskı, öfke ve düşmanlık duyguları ile baş etme becerilerinin zayıflamasına neden olmaktadır.
- Anne, baba ve ailenin diğer üyelerinin psikolojik, biyolojik ve sosyal durumları, çocuğun istenmeyen davranışlar edinmesine zemin hazırlamaktadır (99).

Kozcu'ya (1991) göre ise “sosyolojik açıdan modern toplumlarda çocuk istismarına yol açan faktörler arasında; ailenin, geniş aileden çekirdek aileye doğru bir dönüşüm yaşanması ve ayrıca ailenin giderek toplumdan soyutlanması, sıklıkla ev ve iş değişikliği yaşanması, çocukların bakımı ve kendi gereksinimlerini sağlama gibi konularda geniş aile desteği ile sosyal destek işlevlerinden uzak kalınmasıdır” (107).

2.5.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Bu kuramının yüzyılımızdaki en önemli kuramcısı A. Bandura'dır. Bandura çocukların öğrenme süreçlerini şu şekilde ifade eder; çevrelerindeki bireyleri gözleyerek, yaptıkları davranışları taklit ederek ve onları rol model olarak beceri kazanırlar ve öğrenirler (108).

Bu kuram çocukların zor durumlar ile başa çıkmaları gerektiğinde ebeveynlerinden öğrendikleri stratejileri kullanmaktadırlar (109). Bireylerin bilhassa çocukluk yıllarında ailelerinde şiddet içeren söylem ve davranışları görmesi veya bunu onayladığına şahit olması, onların da yaşamlarında bu şekilde davranış sergilemesine neden olmaktadır. Bu şekilde şiddetin ortaya çıktığını açıklayan modelde sosyal öğrenme kuramıdır (110).

İstismarcı ebeveynlerinde, çocukluk yıllarında kendi anne ve babalarından öğrendiklerini çocuklarına aktardıkları ve çocukluk yıllarında kendilerine dair yanlış beklentileri, çocuklarından bekledikleri görölmektedir. Bundan dolayı istismarcı anne

ve babalar kendi ebeveynlerinin ebeveynlik tarzlarını model alarak onlar gibi davranabilmektedirler (100). Bu görüşü doğrultusunda bir araştırma yapan Oliver ve Taylor'ın 1979 yılında yaptıkları bir incelemede bir ailenin çocuklarına kötü muamelede bulunduğunu saptamış, bu kötü muamelenin beş kuşaktır devam ettiğini tespit etmişler. Başka bir araştırmada Silver ve arkadaşları 34 çocuk istismarı vakasını incelemiş, bu vakalarda da üç kuşak boyunca çocuklarını istismar eden ailelerin var olduğunu saptamışlardır (111).

Sosyal öğrenme kuramı, sosyokültürel faktörlerin etkilerinden ziyade davranış odaklanmaktadır. İstismara nedenleri bireylerin kişilik özelliklerinden ziyade, öğrendikleri davranış şekillerinden dolayı olduğu iddia etmektedir. İstismarı önlemenin en etkin yöntemi olarak anne ve babaların bu konuda eğitilmesi olarak görmektedir (101).

2.5.4. Sosyal Etkileşim Kuramı

Bu kuramı, çocuk istismarını ele alırken tüm kuramları da kapsayacak şekilde açıklama yapmaktadır. Kuram çocuk istismarının tek bir kuram ile açıklanmasının güç olduğunu ifade etmektedir (112).

Kurama göre ihmal ve istismarın meydana gelmesinde ya da yaygın olmasının temel nedeni bireylerin çevreleriyle olan etkileşimleri rol oynamaktadır. Yetişkin ya da istismarcıların yaşamlarının önceki dönemlerinde ihmal ve istismara maruz kalma oranları ve içinde buldukları sosyal çevreleri, yapılan bu davranışları pekiştirmeye ne kadar meyilliyse, bireyde de benzer davranışların meydana gelmesi ve kalıplaşması da paralel bir şekilde meydana gelmektedir (113).

Bu kuram, çocuğun içinde doğup büyüdüğü ortam, kişinin yetişkin olduğunda istismara uğramaya ne kadar eğilimli olabileceğinin de en büyük belirtisidir. Ayrıca kişinin kullanacağı disiplin yöntemlerini de etkilemektedir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, tutarsız bir şekilde davranan ebeveynlerin daha çok istismarda bulunmaktadırlar (109).

Sonuç olarak çocuğa yönelik muamele yapılmasında birden fazla faktör etkili olmaktadır. İfade edilmeye çalışılan faktörlerin tümü her zaman mevcut olmaz bunu etkileyen yaş, ırk, cinsiyet gibi diğer değişkenler bu durumu etkilemektedir. Sosyoekonomik faktörler, toplumun çocuk yetiştirme tarzına gösterdiği aldırmaçlık,

düşük sosyoekonomik gelir düzeyine sahip olma benzeri faktörlerin istismar davranışı üzerinde önemli etkiye sahip olduğu bulgularla desteklenmiştir (101).

2.6. Çocuk İstismarının Sonuçları

Çocuk istismarı, başta istismara uğrayan çocuk olmak üzere ailesini ve toplumun tüm kesimlerini etkileyen bir durumdur. İstismar sonucu meydana gelen fiziksel etkiler bir süre sonra geçebilmesine rağmen mağdurun sosyal ve duygusal gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle erken çocukluk yıllarında meydana gelen bu örselenme kişiyi tüm yaşamı boyunca etkilemekte ve bireyin tüm ilişkilerinde etkisini sürdürmektedir (114,115).

Meydana gelen bu örseleyici durumlar mağdur çocuğun yaşına, istismarcının mağdura yakınlığına ve istismarın görülme sıklığı gibi faktörlere göre farklılık göstermektedir. Bu olumsuz sonuçların etkisinin minimize edilebilmesi için, istismarın en kısa sürede tespit edilmesi, sonlandırılması ve mağduru istismar ortamından uzaklaştırılarak tedavi altına alınması ile mümkündür.

Genel olarak çocuk istismarının sonuçları ele alındığında:

- Çocuğun maruz kaldığı istismarın cinsellik içeriği
- İstismar nedeniyle çocuk ile istismarcı arasında var olan güvenin yıkılması ve güvensizlik duygunun meydana gelmesi
- Çocuğun iradesinin dışında cinsellik içeren durumlara maruz kalması ve buna engelleyememesi sonucu oluşan çaresizlik
- Çocuğun yaşanan istismarı sır olarak saklamaya zorlanması ve istenmeyen davranışlara karşı alıştırılması yönünde baskı yapılması
- Normal olan cinsellik algısının zarar görmesi sonucu çocukta normal olmayan şekilde cinselliğin ortaya çıkması
- İstismar sonucu meydana gelen suçluluk duygusunun, çocukta dışlanmışlık hissine neden olabilmesi
- İstismara uğramış çocuğun diğer çocuklardan çok farklı olduğunu hissedebilmesi ve anormal davranışlar sergileyebilmesi
- İstismardan kendisini koruyacak kimsenin var olmayacağı düşüncesi ortaya çıkabilir (104).

Mağdur çocuk maruz kaldığı durumu ebeveynlerine anlatma cesaretini bulursa ve ebeveynlerinden olumsuz ve sert geri bildirim alırsa, çocuk için daha kötü durumlar ortaya çıkarır (104).

2.6.1. Fiziksel İstismar Sonuçları

Fiziksel istismara maruz kalan çocukların büyük bir kısmında; kırık ve çıkıklar, beyin travmaları ve kanaması, iç organ yaralanmaları, zihinsel sorunlar gibi hasarlar meydana gelmekte ve travmanın şiddetine bağlı olarak de ölüm görülmektedir (116).

Gözle görülebilir herhangi bir fiziksel bulgu olmasa bile bebeğin şiddetli bir şekilde sarsılması sonucu beyin zarı altında kanamalar meydana gelebilmektedir. Bu tür sarsma sonucu meydana gelen hasarlar ölüme sebebiyet verebileceği gibi zeka geriliği, körlük veya felç gibi sorunlara da sebep olabilmektedir. Daha az olarak görülmekte olan fiziksel istismar şekli de çocuğun veya bebeğin karnına vurularak iç organ hasarlarına sebep olunmasıdır (117).

Fiziksel istismar mağdur çocuklarda görülen davranışlar:

- Düşük öz saygı varlığı
- Düşük akademik başarı
- Okul aktivitelerine katılımın düşük olması
- Bir yetişkin tarafından kendisine dokunulmasından ve aşırı yaklaşmasından korkma
- Ebeveynlerinden korkma ve eve gitmeye direnç gösterme
- Yüksek ağrı eşiği.
- Gerileme davranışı sık görülmesi
- Tuvalet eğitimi alan çocuğun tekrar alt ıslatması
- İler yaşlarda evden kaçma davranışı
- Hırsızlık yapma eğiliminde artış
- Yalan söyleme eğiliminde artış

Alkol kullanımında artış şeklinde karşımıza çıkmaktadır (118).

2.6.2. Duygusal İstismar Sonuçları

Duygusal istismara dair araştırmaların henüz başında olunması ve istismarın sonuçlarının fiziksel bulgularının gözle görülmemesi nedeniyle uzun ve kısa dönem

etkilerine dair yeterli bilgi bulunmamaktadır. Buna rağmen klinik saha araştırmaları ve diğer çalışmalardan elde edilen bulgular mağdurlar üzerindeki etkilerinin şu şekilde olduğunu göstermektedir; alt ıslatma, dışkı kaçırma, parmak emme, yeme bozuklukları, yalan söyleme ve hırsızlık, madde ve alkol bağımlılığı, akademik başarısızlık, duygusal tutarsızlık, organik sebebi olmayan gelişim sorunları, depresyon, güven sorunu, içe kapanma, yüksek intihar eğilimi, şiddet eğilimi, olumsuz ve düşük benlik saygısı, kontrolün dış odaklı olması, boyun eğici davranışlar, uyku sorunları şeklindedir (119).

Mc Carthy'e göre süreğen duygusal istismara maruz kalan ocuk ve ergenler hayal kırıklığına uğrarlar ve yaşanılan bu duruma çoğunlukla iki şekilde tepki verirler; İlk olarak; ağlamamak ve kişilik bütünlüğünün bozulmasını engellemek amacıyla çaresizlik bir şekilde yapılanları iselleştirebilirler, aile ile kurulan bağlarını ret edebilirler ve savununu tutumlar sergileyebilirler. Diğer tür tepkide ise bu duruma maruz kalan kişi, eylemi gerçekleştiren kişiye veya aileye bağımlılık geliştirebilir, onların desteklerine ihtiyaç duyarken aynı zamanda öfke ve bağımlılığı birlikte yaşayıp bir ikilemin içine girebilir. Duygusal istismarı mağduru çocuklar, çevreleriyle bütünleşmede bir takım sorunlar yaşayabilirler. Endişelerini kontrol etmede zorlandıkları için tepkisel ve kışkırtıcı bazı davranışları sergileyebilirler (57).

2.6.3. Cinsel İstismar Sonuçları

Cinsel istismar, ocuk üzerinde uzun ve kısa vadede sarsıcı etkiler bırakmaktadır. Bu etkiler, mağdurun yaşına, istismarcı ile yakınlığın ve yaşanma sıklığına göre artmaktadır.

Genel olarak cinsel istismarının sonuçları ele alındığında:

- Çocuğun maruz kaldığı cinsel eylemin türü ve yoğunluğu
- Çocuğun istismarcıya duyduğu güven duygusunun yıkılması ve güvensizliğin oluşması
- İradesi ve isteği olmadan cinse haz amacıyla kullanılması ve bu durumu engelleyemediği zaman oluşan çaresizlik ve acizlik hissi
- İstismarcı tarafından yapılan eylemin sır olarak saklanması ve kusur kavramını benimsetmesi

- Cinselliğe dair bilgilerin zedelenmesi, cinselliğin normal gelişiminden sapması, uygun olmayan şekilde ortaya çıkmasıdır.

Bunlara ek olarak yaşanan suçluluk duygusu mağduru çevreden izole bir şekilde yaşamaya itebilir. Kendini diğer kişilerden farklı hissedip, anormal olduğunu düşünebilir. Güven duyduğu büyüklerinin onu koruyamayacağını düşünerek güven duygusunu kaybedebilir. Olayı anlatma cesareti gösterip de olumsuz tepkiler alırsa durum kendisi için daha kötü bir noktaya gelebilir (104).

2.7. İstismarın Çocuk Üzerine Etkileri

Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmelere göre çocuklar erken yaş dönemlerinde yaşadıklarını pek unutmazlar ve bu dönemde yaşanan olumsuz yaşam olaylarının telafisi pek mümkün değildir. İstismar mağduru çocuklarda geri dönüşü olmayan sorunlar meydana gelebilmektedir.

Bu sorunlardan en önemlileri şunlardır:

- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Etiketleme, Ayıplanma, Utanç duyma
- Kendine yönelmiş suçluluk ve öfke
- Düşük Benlik Algısı
- Psikolojik rahatsızlıklar
- Cinsel Davranış Bozuklukları
- Bilişsel Çarpıtmalar (“Dünya kötü bir yer” gibi düşünceler)
- İntihar Eğilimi
- Anksiyete Bozukluğu
- Değersizlik Hissi
- Yeme Bozuklukları
- Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı
- Depresyon (120).

İstismarın çocuk üzerinde bırakmış olduğu etkiler;

- İstismarcı ile mağdurun ilişki şekline,
- İstismarın şekline, kaç defa olduğuna,
- Şiddet barındırıp barındırmadığına

- Fiziksel olarak zararın oluşup oluşmadığına
- Çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemine,
- Çocuğun ruhsal özelliklerine,
- Çocuğun travmatik olaydan önceki psikolojik gelişimine,
- Ailenin tepkisine göre farklılık göstermektedir (121).

2.7.1. Cinsellik Üzerine Etkileri

Cinsel istismar mağduru çocukların akranlarına göre daha fazla cinsel saldırıda bulabildikleri görülmektedir. Cinsel istismara uğramış çocukların, erken yaşta cinsel deneyim yaşama, küçük yaşta gebelik, çoklu cinsel partner edinme ve cinsel saldırılara daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir (54).

Cinsel istismara mağduru çocuklarda görülebilen davranışlar:

- Cinsel içerikli eylem sergilemesi
- Yaşıyla uyumsuz cinsel davranışlar
- Kontrol edilemeyen mastürbasyon
- Resimlerinde istismara dair çizimler
- Cinsel ilişkiyi taklit etme
- Etraftaki insanlara sürtünme
- Sürekli cinsel organı ile oynama
- Cinsel içerikli konulara yoğun ilgi veya tamamen ilgisizlik (122).

Cinsel istismara uğramış çocukların ileri yaşlarda cinsellik üzerine ilişki kurdukları görülmektedir. İstismar mağduru çocukların, yetişkin birey olduktan sonra çocuk istismarcısı ve tacizci olabilmekte ya da kendi bedenlerini pazarlayabilmektedirler(122).

2.7.2. Davranışsal Etkiler

İstismara maruz kalan çocuğun davranışları gözlemlendiğinde çoğunlukla mutsuz olduğunu görebileceğimizi ve davranışlarında aşırı, abartılı olduğu veya dikkatinin dağınık olduğu görülmektedir. Yabancı insanlara karşı normal olmayan davranışlar sergilerken bazen sessiz ve içine kapanık bazen de problemlili davranışlar sergileyebileceği bilinmektedir (123).

Çocuklarda görülen bu davranışlar yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir:

- 0-3 Yaş: Yabancı insanlarda korkma ve uzak durma, uyku ve beslenme düzeninde sorunlar ve giysileri değiştirilirken karşı gelme ve sorunlar çıkarma.
- 3-6 Yaş: Konuşmasında ve davranışlarında bebeklik dönemi özellikleri gösterirler. Kendini ifade etme problemleri, içine kapanık ve anneye bağımlılık geliştirirler. Altına idrar ve kaka kaçırmaya, beslenme ve uyku problemleri, süreğen cinsel oyun, mastürbasyon görülür.
- 6-12 Yaş: Sosyal çevreden uzaklaşarak yalnız bir dünya inşa etme isteği, evden veya okuldan sebebi olmadan ayrılmak, uyku problemleri, öğrenme sorunları, obsesif kompulsif davranışlar, kendini yaralama, kendinden küçük yaştakilere cinsel istismar eğilimi, sebebi olmayan ağlama, artmış duygusallık, somatik şikayetler nedeniyle huzursuz davranışlar gözlemlenir.
- 13-18 Yaş: Bağımlılık yapıcı madde kullanımı, fobiler, kendine zarar verme, ev ve okuldan kaçma, istismar olarak nitelenen eylemlerde artış, obsesif kompulsif bozukluk, sinirlilik, beslenme ve uyku sorunları, duygusal ve fiziksel yakınlıktan uzak durma, kontrolsüz ve riskli cinsel birliktelik, psikoz, gibi sorunlar gözlemlenir (124).

İstismar edilen çocukların vücutlarında sigara söndürme, bileklerini kesme gibi zarar verici davranışlar sergiledikleri görülmüştür (124).

Cinsel istismara uğrayan çocuklar içe kapanıktır. Yaşadıkları cinsel saldırıyı anlatırken başka bir çocukla özdeşleştirmeleri sık bir şekilde karşılaşılan bir durumdur. Mağdur çocuğun dünyasında, rutin, alışılmış davranışının dışında yoğun kaygı durumu veya farklı gelişim dönemine ait olan davranışlar görülmektedir (123).

2.7.3. Depresif Duygu Durum Etkisi

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda:

- Depresyon
- Çevreden soyutlama
- A tipik ağrıların nüksetme tehlikesi
- Kendine zarar verici davranışlarda bulunma

- Aşğılık duygusunda artışa neden olmaktadır (104).

Bu çocuklarda düşüncelerde olumsuzluk ve benlik saygısında düşme olduğu aktarılmıştır. Kendine yönelik olumsuz düşünce, cinselliğe dair düşüncelerinin gerçek dışı bir hal alması, asosyal davranışlar göstermesi, kendisinden büyüklere karşı güvensizlik yaşaması gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilir. Fakat bazı mağdur çocuklarda başka birine yönelmiş cinsel istismar davranışı ortaya çıkabilir (125).

2.7.4. Duygusal Etkileri

Cinsel istismara maruz kalan çocukların sürekli olan ve sorun oluşturan düşünceler ortaya koyması, uyumakta güçlük çekmesi, bu duruma dair sık sık kâbusların görülmesi, karanlıktan korkması ve uyumak istememe ve öfke kontrolü sorunları ortaya çıkabilir. Olayın meydana geldiği yerde olan nesnelere olayı hatırlatması nedeniyle, bazı nesnelere karşı aşırı hassasiyet oluşması ve psikolojik sıkıntı yaratabilmesi veya olayın faillerine benzeyen kişilerden kaçınması ve olay esnasında duyduğu konuşmalardan kaçınmayla da karşılaşılabilir (126).

2.7.5. Kişilik Gelişimi Üzerine Etkileri

Çocukluğunda istismara maruz kalmış bireylerin %70-80'inde kişilik bozukluğunun olduğu görülmüştür. Çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismar olayın üzerinden uzun yıllar geçmesine, mağdurun hafızasından silinip atılmadığı görülmektedir. Ayrıca cinsel istismar mağduru çocuklarda “Sosyal ilişkiler ve diğer insanlarla ilişkiler yaşanan cinsel istismardan sonra olumsuz yönde etkilenmektedir” (54).

2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler

Çocuk istismar ve ihmalinin meydana gelmesinde etkili olan faktörlerin çok yönlü olduğu ve birden fazla etkenin bir araya gelmesi sonucunda istenmeyen düşünce ve davranışların oluşabilmektedir. İstismar ve ihmal, mağdur çocuğun yaşamını devam ettirdiği yere ait problemdir. Bundan dolayı çocuğu ailesi ve sosyal alanı dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır (127).

Dünya sağlık örgütü 1999 yılında, çocuk ihmal ve istismarının bazı etkenlere bağlı meydana geldiğini aktarmış ve bu faktörleri; aileden, çocuktan, toplumdan ve çevreden kaynaklanan etmenler şeklinde belirlemiştir (128).

2.8.1. Aileden Kaynaklanan Etmenler

Çocuğun bakımını üstlenmesi ve çocuğun sağlıklı bir şekilde yetiştirilmesi ailenin temel işlevlerinden biridir. Çocuğa olumlu bir çevre sağlamak, güven vermek, anlayışlı ve sevgi dolu yaklaşım sergilemek ve çocuğun olumlu bir kişiliğe sahip olmasına olumlu katkı sağlamak bu işlevlerden bazılarıdır (129, 130).

Çocuk istismarında aileden kaynaklanan etmenler içinde ailede şiddet varlığı, düşük sosyo ekonomik düzey, eşlerin düşük evlilik doyumu, ailenin büyüklüğü ve üvey anne veya babanın varlığı ayrıca ele alınmalıdır. Aileden kaynaklı etmenler ele alındığında eşler arası şiddet ve yeterli sosyal destekten yoksunluk, çocuk istismarının risk faktörleri arasında olduğu saptanmıştır (5).

Yapılan çalışmalar, ailedeki mevcut ekonomik yetersizliklerin önemli stres faktörlerinden birini meydana getirdiğini, işsizlik, borçlanma, yoksulluk olarak da ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Ayrıca yeterli gıda alınamaması, ev koşulların yetersizliği, sağlık sorunları gibi durumları da beraberinde getirmektedir (3).

Çocuğun yaşadığı ortam ile ilgili koşulların olumsuzluğu istismara uğrama riskini artırır. Çocukların güvende oldukları yerin başında aile ortamının gelmesiyle birlikte istismar açısından da en fazla risk teşkil eden yer de burasıdır. Ebeveynin sevgi ve ilginin olmadığı, şiddet ve cezanın ön planda olduğu bir ortamda büyümesi ayrıca kişilik özelliklerinin getirdiği olumsuz faktörler istismara meydana gelmesinde zemin hazırlayabilir. Çocuklarına yönelik şiddete başvuran yetişkinler çoğunlukla çocukluklarında ebeveynleri veya bakım veren kişi tarafından ihmal ve istismara maruz kalmış ya da genellikle eşler arası şiddete şahit olmuş kişiler oldukları görülmektedir. Erken yaşta anne-baba olanlar, çocukluk çağında istismar öyküsü olanlar, alkol veya madde bağımlılığı olan, eşini kaybetmiş, maddi sıkıntısı olan, ailesinde ruhsal veya fiziksel rahatsızlık bulunan, çocuğu fazla olan bireyler, parçalanmış aile yapısı olanlar istismarın istismara daha yatkın oldukları görülmektedir (82).

İstismarcı anne babaların birden fazla özelliği mevcuttur. Bu özellikler genel olarak:

- Ebeveynlerin erken yaşta evliliği
- Erken yaşta çocuk sahibi olma,
- Ailede şiddetin olması,

- Evlilik öncesi hamilelik,
- Ebeveynlerde İstismar öyküsünün olması
- Ailede alkol veya madde kullanımı,
- Çocuğun gelişimim döneminin üstünde beklentilerin varlığı,
- Boşanma ya da ölüm nedeniyle çocuğa tek başına ebeveynlik yapma,
- Ana-babanın psikolojik rahatsızlığa sahip olması
- Çocuk eğitimine dair yetersiz bilgi ve çoğunlukla tutarsız ve yüksek kontrol odaklı tutum sergileme
- Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyinde olması
- Ebeveynlerin sosyal çevresinin olmaması, sosyal çevreden kendilerini soyutlamaları,
- Ebeveynlerin düşük özgüven sahibi olmaları, diğer bireylere güven duymamaları, yardım talebinde bulunmayı öğrenmemiş olması,
- Annelerin mental açıdan donuk zekâda olmaları veya nörotik özellikler taşımaları, babada saldırgan davranış olması hatta bazılarının suç kayıtlarının olmasıdır (58).

2.8.2. Çocuktan Kaynaklanan Etmenler

Ailenin sahip olduğu çocukların tamamı istismara uğramazlar. Fakat kimi çocukların istismar uğrama riski daha fazladır. Çalışmalar; erken doğan, fiziksel engeli olan ya da konuşma problemleri yaşayan, öğrenme geriliği olan çocuklar ile davranışsal ve duygusal bozuklukları olan çocukların istismara maruz kalma riski daha yüksektir. Ayrıca düşük doğum kilosuna sahip çocuklar, kronik hastalığı olan, çok hareketli ve saldırgan davranışları olan çocuklarda daha fazla risk altında olan grupta kabul edilebilir (131).

Çocuklar her yaşta grubunda istismara uğrama riski altındadırlar. Fakat küçük yaşta olan çocukların istismara uğrama riski daha yüksektir. Bununla birlikte istismarın çocuk üzerinde yaratacağı olumsuz etkileri de artmaktadır.

İhmal ve istismara uğrama riski yüksek olan çocukların özellikleri:

- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ,
- Fiziksel veya zihinsel engellilik
- Kolik bebek

- Aşırı yada devamlı ağlayan çocuk
- Davranış bozukluğu sorunları
- Akademik başarısızlık
- Anti sosyal arkadaş grubuna sahip olma
- Bazı kültürlerde kız çocuğu olmak
- Annenin gebe olması
- Yetersiz uyku veya uyku sorunları yaşama
- Çoğul gebelik sonucu doğmuş çocuk olmak
- Düşük doğum kilosuna sahip olmak
- Erken doğmuş çocuk olmak
- Beklenen ve istenen cinsiyete sahip olmamak
- Yeme sorunları olan bir çocuk olmak
- Kronik hastalıklara sahip olmak (132,133).

Yukarıdaki özellikler olmadan da çocukların bir yetişkin tarafından farklı şekillerde istismara maruz kalmasının altında yatan şey; çocuğun kendisini istismardan koruyabilecek fiziksel ve duygusal yeterliliğe sahip olmamasıdır. Çocuğun yaşı küçüldükçe istismara karşı kendini koruyamaması daha olasıdır. Yaşamında en güvendiği, sevdiği ve sevgi beklediği aynı zamanda bağımlı olduğu ebeveynleri tarafından farklı şekillerde istismar edilmek çocuk için, onarılması ve üstesinden gelmesi zor bir travmaya maruz kalması demektir (132).

2.8.3. Çevresel ve Toplumsal Etmenler

Toplumların Şiddete dair bakış açısı çeşitlilik göstermektedir. Toplumsal faktörlerin çocuk istismarında bazen doğrudan etkisi olabileceği gibi bazen de bu durumu tetikleyici ve sürdürücü rol oynayabilmektedir. Toplumsal etkenlerden kaynaklı en önemli risk faktörü ise yoksulluktur. Yoksulluk ve işsizliğin artış göstermesiyle birlikte zor şartlar altında yaşamını sürdüren çocukların daha fazla istismara uğradığı görülmektedir. Çocuğu koruyan yasaların yeterli olmaması, şiddetin toplumsal açıdan kabul görmesi ve erken yaş evliliklerinin normal kabul görmesi, çocuk istismarının toplum temelli nedenleridir (134,135).

Şiddetin toplumsal olarak kabul görmesi, çocuk istismarı oranını arttırabilir. Cinsiyet eşitsizlikler, çocukları korunmaya yönelik yasal düzenlemelerin yokluğu, çocuğa yeter düzeyde değer verilmemesi, sosyal ilişkilerin yetersizliği, cezai yaptırım

gücünün yetersiz olması gibi etmenler çocuk istismarının görülme sıklığının artmasına sebep olabilmektedir (136).

Çocuk istismarı olgularının artış göstermesine neden olan faktörler arasında, ebeveynlerin sınırlı bir sosyal çevrede olmaları ve çevreyle uyum göstermemeleri ve sosyal çevreden kendilerini tamamıyla izole etmeleri de yer almaktadır. Ebeveynlerin yeterli sosyal desteğe sahip olup olmaması da çocuk istismarı için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Çocuk istismarında risk faktörlerinin çalışıldığı ve içinde bulunulan çevre, ırk, sosyoekonomik düzey ve eğitim koşulları eşit tutulduğu bir çalışmada; çalışan anneler için çocuk bakımında alternatif olmayışı ve genel olarak da komşuları arasında yardımlaşmanın olmayışının risk faktörü olduğu görülmüştür (121).

İhmal ve istismara neden olan çevresel ve toplumsal etkenler:

- Yoksulluk
 - Toplumsal eşitsizlikler(cinsiyete dair eşitsizlikler: kız çocuklarının okula gönderilme oranlarının azlığı gibi durumlar)
 - Çocukları korumaya yönelik yasal düzenlemelerin olmaması, yetersiz olması ya da yasaların uygulamasındaki yetersizlikler
 - Çocuğa yeterli değerin verilmemesi
 - örgütlü şiddet (silahlanma, büyük toplumsal kaos ve savaş gibi durumlar çocuk istismarı riskini arttıran etkenlerdir.)
 - Şiddetin toplumsal açıdan şiddetin kabul edilebilirliğinin artması
 - Kültürel normlar (toplumsal cinsiyet rolleri, anne-baba ve çocuk ilişkisi, Ailenin mahremiyet algısı etkileyen toplum kuralları, ailelerin eylemlerini ve düşüncelerini etkileyen ahlaki değerler ve ekonomik durum)
 - Sosyal Yardım Sistemlerinin yetersizliği
 - Okul ile ilgili istismar riski (sınıflarda kapasitenin üstünde öğrenci varlığı, dayak ve baskının disiplin aracı olarak kullanıldığı toplumda verilen eğitim)
- (132).

2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

İstismar ve ihmalin önlenmesi; devletlerin ve çeşitli kurum, kuruluşların için içine olduğu kompleks ve hassas bir durumdur. Ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin sağlıklı bir şekilde inşa edilmesini mümkün kılan erken müdahalelerin, riskli gruptaki

çocuklar ve toplum için çok önemli artılarının olduğu görülmüştür. Kurulan bu sağlıklı ilişki çocuk büyüdükçe artılarını sürekli göstermeye devam edecektir. Travmanın önlenmesi, çocuğun özgüvenine olan etkisi ile birlikte korku, endişe ve diğer psikolojik sorunların meydana gelmesini engelleyerek, sağlık durumu üzerinde de olumlu etkileyecektir (119).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için yapılması gerekenler, müdahalenin yapıldığı alana ve müdahale yöntemine göre iki farklı şekilde ele alınmalıdır. İlk olarak evde, okulda, toplumsal veya hükümet düzeyinde yapılabilecekleri ele almak önemlidir. Öte yandan atılacak adımları değerlendirmek gerekmektedir. Bu adımların başında da eğitim gelmektedir. Eğitimin çerçevesi oluşturulurken hem bu alanda çalışan profesyonellerin hem de tüm toplumun eğitilmesi amaçlanmalıdır (25).

Birçok ülkede, yapılan önleme çalışması üçüncül düzey önlemeyi odak alarak yapılmaktadır. Mağdur çocuklara ve ailelerine, istismar olayı oluşuktan sonra gerekli kaynakların sağlanmasına başlanmaktadır. Ailelerin yaşadığı sorunların boyutları henüz kontrol edilebilirken, önlemeye yönelik çalışmalardan yararlanamayışı, hem kısa hem de uzun vadede psikolojik sorunlar ile birlikte birçok alanda problemlerin oluşmasına neden olmaktadır (119).

İstismarı önleme çalışmalarında alan yazında genellikle üç aşamadan oluşan bir önleme sürecinden bahsedilmektedir (25).

Bunlar birincil, ikincil ve üçüncül önlemedir.

2.9.1. Birincil Önleme

Çocuk ihmali ve istismarı meydana gelmeden riskleri önceden fark edip dikkate alarak, durumun ortaya çıkmasını engellemek için yapılacak hizmet, eğitim ve farkındalık çalışmalarını kapsamaktadır (137).

Çocuk istismarı ve ihmali önlemede kamuoyunu harekete geçirmek amacıyla medyayı etkili kullanmak önemli bir önleme stratejisidir. Yetişkinlerin, çocuklara dair düşünceleri ve çocuk yetiştirme konusundaki düşünceleri ve değer yargıları, anne ve baba olarak kendi çocuklarına ve diğer çocuklara karşı eylemleri, bazı kamu politikalarına dair tutumları, çocuk istismarı ve ihmalinin varlığını ve süreç içindeki

durumun eğilimini belirlemeye destek sağlar. Medya, tutarlı ve düzenli bir şekilde geniş toplum kitlesine ulaşılması için en etkili iletişim kanalıdır (117).

Sağlık profesyonellerinin birincil önlemede özellikle teşhis, tedavi ve rehabilitasyon konusunda bilgi ve beceri düzeyini geliştirmesi çok önemli ve hayatidir. Sağlık çalışanlarının vakaya yaklaşımı, tanı konulduğunda yapılması gereken müdahaleler, sevk sistemi içindeki rolü gibi birçok alanda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarını düzenlenmesi bu vakaların ortaya çıkarılması ve mağdurun sağaltımı için gereklidir (138,139).

2.9.2. İkincil Önleme

Çocuk istismarı ve ihmali açısından riskin yüksek olduğu gruplarının belirlenmesi, bu gruptakilerin hizmet erişiminin sağlanması ve ailelerine yönelik gerek görülmesi durumunda ek hizmetlere ulaşmalarının sağlanması ikincil önleme olarak açıklanmaktadır. Sağlık kurumlarında aile ve çocuk ile karşılaşan doktor, hemşire, ebe diğer sağlık çalışanları çocuk istismarına dair risk faktörlerini fark edebilir ve çocuk henüz zarar ortaya çıkmadan önlemeye yönelik çalışmalar yapabilir (121).

İhmal ve istismar mağduru bir çocuğa yaklaşımda en temel faktör mağdurun daha az zarar görmesini sağlamaktır. Çocuğa güvenmek, onu etiketlememek, olumlu tutum sergilemek, jest ve mimikleriyle yargılayıcı olmaktan ve aşırı duygusal tepkiler vermemek temel faktördür. İhmal ve istismar maruz kalmış çocuğun bu konu ile ilgili birden çok kez konuşturulup muayene edilmesi mağdurun yaşadığı travmayı artırarak aynı olayı sürekli yaşamasına ve çocuğun örselenmesine neden olabilmektedir. Bundan dolayı, ihmal ve istismar mağdurları ile çalışıldığında onların rahat hissedecekleri bir ortamda, ilgili alanda uzmanlarca bir defa öykü alınması ve tek bir muayenenin gerçekleştirilmesi en az örseleyici yöntemdir (138,139).

2.9.3. Üçüncül Önleme

Üçüncül önlemede; çocuk istismar ve ihmalinin tekrarlanması, kalıcı hasar hatta ölüm gibi ağır sonuçların ortaya çıkmasının önlenmesi temel amaçlardır. Tam zamanlı hizmet veren kurum ve kuruluşlarda başta fiziksel ve psikolojik tedavilerin yapılması, iyileştirme ve ailenin yeniden toplumla bütünleşmesini amaçlayan programlar yer almaktadır (140).

Günümüzde Çocuk ihmal ve istismarı konusunun artarak önemli hale gelmesi bu konuda verilmesi gereken tüm hizmetlerinin daha profesyonel ve etkili hale gelmesini sağlayacak planlamaları zorunlu kılmaktadır. Bilhassa fiziksel ve cinsel istismar olgularında ilk muayenenin ardında yapılan tedavinin ardından, mağdur çocuk ya ilgili kuruluşa yerleştirilmekte ya da aileye verilmektedir. Bu durum da çocukların ve ailelerinin bir anlamda kaderlerine terk edildikleri düşüncesini ortaya çıkarmaktadır. Gerekli destek ve iyileştirme hizmetini alamayan çocuk ve aile yalnız bırakılmış hissine kapılmakta, bunun sonucunda da mağdur ve ailesinin yaşadığı travmanın etkisi devam etmekte ve kalıcı sorunlara neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, istismara maruz kalmış kişilerin ileriki yaşamlarında kendi çocuklarına ve diğer kişilere karşı istismarda bulunabildiklerini göstermektedir. Bu durum istismara maruz kalmış çocuk ve aileleri için rehabilitasyon programlarının yapılmasının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Ne yazık ki böyle merkezler henüz bulunmamaktadır. Bu durumda istismar ve ihmalin yaratacağı sorunların mağduru tüm yaşamı boyunca etkilemesine zemin hazırlamaktadır (141).

2.10. Çocuk İhmali ve İstismarında Sağlık Çalışanlarının Önemi

Sağlık alanında hizmet veren profesyonellerin özel konumları ve mesleki eğitimlerinden dolayı toplumda çoğu zaman göz ardı edilen bu soruna eğilmeye, istismar ve ihmale maruz kalan çocukların erken tanı ve tedavisinde rol üstlenmeye ve bu vakaların görülme sıklığını azaltmaya yönelik çalışmalar yapmaları önemli bir gerekliliktir. Sağlık profesyonellerinin tamamı çocuk istismar ve ihmali olgularında multidisipliner çalışma anlayışıyla toplum ve ailenin bilinçlendirilmesi noktasında aktif rol üstlenmelidirler (11,28).

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı konusunda en önemli rollerinden biri de şüpheli vakaların ilgili kurum ve kuruluşlara bildirimini yapmaktır. Buradaki amaç çocuk istismarı ve ihmeline uğrayan çocukları tanımlamak, olayı durdurmak, çocuğa ve ailesine destek sağlamak ve durumun tekrarlamasına engel olmaktır (137,142).

Çocuk ihmal ve istismarının bildirimini zorunlu olduğu ülkelerde, bildirim yükümlülüğü olan çalışanların; böyle biri durumla karşılaşmaları durumunda izleyecekleri yolları öğrenmeleri için bazı eğitim programları düzenlenmektedir (137,142).

Türkiye’de ise sağlık kurumlarında istismar ve ihmalin fark edilmemesine neden olan en önemli sorun, konu ile ilgili izlenecek yolları belirleyen prosedürlerin olmayışı veya yetersiz oluşudur. Prosedür ya da talimatlar hakkındaki bilgisizlik sonucunda da sağlık çalışanları şüphelendikleri vakaları ihbar etmemektedirler (137, 142).

2.11. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları

Sağlık çalışanlarının bildirim yükümlülüğü Türk ceza kanununun 5237 sayılı kanunda açık bir şekilde ele alınmıştır.

Bu kanun maddesine göre;

“MADDE 278. - (1) İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İşlenmiş olmakla birlikte, sebebiyet verdiği neticelerin sınırlandırılması hâlen mümkün bulunan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

(3) Mağdurun on beş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır.

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.

(2) Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

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.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” (143).

İlgili kanun maddesinde açık bir şekilde sağlık çalışanlarının hem vatandaş olarak hem de mesleklerinden dolayı suçu bildirim yukumluğune sahip olduklarını gormekteyiz. Bu suçun bildirimini yapmamaları sonucunda bazı yaptırımların olacağı kanunda açıklanmıştır.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu Araştırma Malatya İli Battalgazi ilçesinde görev yapan Aile Sağlığı Merkezi çalışanları ile Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Çocuk Acil ve Kadın Doğum Acil Servislerinde çalışan ebe hemşire ve hekimler üzerinde yapıldı. Çalışma sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi düzeyini ve tutumlarını araştırmak ve konu ile ilgili eksikliklerini tespit etmek amacıyla planlanmış betimleyici tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Malatya ili Battalgazi ilçesi sınırları içinde hizmet veren Aile Sağlığı Merkezleri ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsünde 25.02.2019-15.06.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Battalgazi ilçesi sınırları içinde hizmet veren Aile sağlığı merkezleri ve Malatya eğitim ve araştırma hastanesi Beydağı Kampüsünde çalışan ebe hemşire ve hekimler oluşturmaktadır. Bu araştırma aile sağlığı merkezinde çalışan ebe hemşire ve hekimler ile hastanenin kadın doğum ve çocuk bölümlerinin acil servis ve poliklinik birimlerinde çalışan ebe, hemşire ve hekimlerden oluşan 105 katılımcı üzerinde yapılmıştır. Bu araştırma için ölçek puanının standart sapmasının 0.34 olduğu öngörüsü ve 0.07 sapma ile %95 güven düzeyinde ($X=0.05$) kestirilebilmesi için gerekli minimum örneklem genişliği 91 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplanırken literatür taranarak oluşturulan 29 soruluk bilgi formu ve Uysal (1998) tarafından geliştirilen “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ)” kullanılmıştır.

Bilgi formunda; katılımcıları demografik ve mesleki bilgileri, Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi ve eğitim durumları, bu konudaki mesleki deneyimlerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” 1998 yılında tarafından geliştirilmiştir. geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach Alpha değeri 0,924 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt grup değerlendirmelerinin de Cronbach alpha katsayısı 0.59 ile 0.89 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçek soruları 5 likert tipi olup her bir madde 1 ile 5 puan aralığında değerlendirilmektedir. Ölçekte “Çok doğru”, “oldukça doğru”, “karasızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” seçenekleri vardır.

Ölçek 67 maddeden oluşmakta olup 6 tane alt ölçek bulunmaktadır. Alt ölçekler

1. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)
2. Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde)
3. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
4. İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde)
5. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde)
6. Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (8 madde)

Ölçekteki maddelerden; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 olanlarda “çok doğru” seçeneği 5 puan iken “hiç doğru değil” seçeneği 1 puan olarak hesaplanmaktadır.

Negatif(olumsuz) olarak hesaplanacak maddeler; 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 tür. Bu sorularda “çok doğru” seçeneği 1 puan iken “hiç doğru değil” seçeneği 5 puan olarak hesaplanmaktadır.

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

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 22 istatistik programıyla yapılmıştır. Verilerin dağılımları tanımlayıcı istatistikler kullanılarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar ele alınıp incelenirken normal dağılım gösteren değişkenlerde “Student T” testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise “Mann Whitney U” testi

uygulanmıştır. Elde edilen sonuçların yorumu yapılırken anlamlılık düzeyi olarak $P<0,05$ kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı Battalgazi ilçesinde ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi için Malatya il Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara yapılacak çalışma ile ilgili sözel ve yazılı bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %82.9’u kadın, %17.1’i erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların büyük bir oranı evlidir. Katılımcıların çoğu çocuk sahibidir. Katılımcıların yaş ortalaması 39.04 olup en genç katılımcı 21 yaşında en yaşlı katılımcı ise 58 yaşındadır.

Tablo 4.1: Sağlık çalışanlarının kişisel bilgileri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	87	82.9
	Erkek	18	17.1
Medeni Durum	Bekar	12	11.4
	Evli	89	84.8
	Diğer	4	3.8
Çocuk Varlığı	Evet	87	82.9
	Hayır	18	17.1
Yaş (ort/ss)		39.4±8.41	

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %34.3’ü ebe, %48.6’sı hemşire ve %17.1’i doktorlardan oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında %10.5’i lise, %22.9’u ön lisans, %53.3’ü lisans ve %13.4’ünün lisansüstü mezunu oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılanların %42.9’nun Aile Sağlığı Merkezinde, %57.1’i Kamu hastanesinde çalışmaktadır. Katılımcıların çalışma yıllarına bakıldığında %13.3’ünün 1-5, %18.1’inin 6-10, %12.4’ünün 12-17 ve %56.2’sinin 18 ve üzeri yıl çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 4.2: Sağlık çalışanlarının mesleki bilgileri

		n	%
Meslek	Ebe	36	34.3
	Hemşire	51	48.6
	Doktor	18	17.1
Eğitim Durumu	Lise	11	10.5
	Ön lisans	24	22.9
	Lisans	56	53.3
	Yüksek Lisans	9	8.6
	Doktora/Tıpta Uzmanlık	5	4.8
Çalışılan Kurum	Aile sağlığı Merkezi	45	42.9
	Hastane	60	57.1
Meslekteki Çalışma Yılı	1-5 yıl	14	13.3
	6-10 yıl	19	18.1
	12-17 yıl	13	12.4
	18 yıl ve üstü	59	56.2

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının %66.7'si okul öğrenimleri sırasında ÇİVİ konusunda eğitim almamışlar. Katılımcıların %64.8'i ÇİVİ ile ilgili bir konferansa katılmamışlardır. Katılımcıların %55.2'si mesleğe başladıktan sonra ÇİVİ konusunda eğitim almamışlar. Katılımcıların %83.8'i ÇİVİ ile ilgili eğitim almak istemektedirler. Katılımcıların %75.2'si çalıştıkları kurumda ÇİVİ ile ilgili eğitim almamışlar. Çalıştıkları kurumda eğitim alan sağlık personelinin %80.8'i aldıkları eğitimi faydalı ve yeterli bulmuşlardır.

Tablo 4.3: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili bilgi alma durumları

		n	%
Okul öğrenimi sırasında bilgi aldınız mı?	Evet	35	33.3
	Hayır	70	66.7
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda konferansa katıldınız mı?	Evet	37	35.2
	Hayır	68	64.8
Mesleğe başladıktan sonra eğitim aldınız mı?	Evet	47	44.8
	Hayır	58	55.2
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim almak ister misin?	Evet	88	83.8
	Hayır	17	16.2
Çalıştığınız kurumda çocuk ihmali ve istismarına yönelik eğitim aldınız mı?	Evet	26	24.8
	Hayır	79	75.2
Aldığınız eğitim yeterli ve faydalı mıydı?	Evet	21	80.8
	Hayır	5	19.2

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sağlık personelinin %98.1'i ÇİVİ ile karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını söylemişlerdir. Bildirim yapmam diyenlerin bildirim yapmamam nedenleri, konu ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmama ve nereye bildirim yapılacağını bilmeme olarak görülmektedir.

Tablo 4.4: Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ile karşılaştığında bildirimde bulunup bulunmama durumları

		n	%
Çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşırsanız bildirim yapar mısınız?	Evet	103	98.1
	Hayır	2	1.9
Cevap hayır ise neden bildirim Yapmazdınız	Bu Konu Hakkında Yeterli Bilgim	1	50.0
	Olmadığı İçin		
	Nereye Bildirim Yapacağımı Bilmediğim İçin	1	50.0

Tablo 4.5'e göre katılımcıların %55.2'si ÇİVİ ile karşılaştığında güvenlik güçlerine, %21'i Çim'e bildirim yapacağını ifade etmiştir.

Tablo 4.5: Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ile karşılaştığından nereye bildirimde bulunulacağı durumu

Cevabınız evet ise nereye bildirim yaparsınız?	n	%
Cevap yok	6	5.7
Aspim (Aile ve sosyal politikalar İl müdürlüğü)	3	2.9
Bilmiyorum	1	1.0
Çim (Çocuk İzlem Merkezi)	22	21.0
Güvenlik güçlerine	58	55.2
Hastane	1	1.0
Polis, ÇİM	7	6.7
Polis, hastane	3	2.9
Sağlık müdürlüğü	1	1.0
Savcılık	1	1.0
Şönim (şiddet önleme ve izleme merkezi)	1	1.0
Toplum sağlığı merkezi	1	1.0

Tablo 4.6'ya göre sağlık çalışanlarının %93.3'ü çocuk hastaları değerlendirirken çocuk ihmal ve istismarını akıllarında bulduklarını söylemişlerdir. Çalışmaya katılanların %78.1'i çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşmadıklarını aktarmışlardır. Çalışmaya katılanların %35.2'si toplumda ne fazla görülen istismar türünün fiziksel istismar olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %52.4'ü çalıştıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarına yönelik talimat prosedürün olup olmadığını bilmediklerini belirtmişlerdir. Prosedür var diyenlerin oranı %30.5'tir. Yasal yükümlülüklerini bilenlerin oranı %30.5'tir. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda katılımcıların %19.0 yeterli, %47.6'sı kısmen yeterli, %26.7'si yetersiz olarak görmüştür. Katılımcıların %85.7'si çocuk ihmali ve istismarı konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.6: Sağlık çalışanlarını iş hayatında çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumları ve bu konudaki düşünceleri

		n	%
Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk ihmal ve istismarını aklınızda bulundurur musunuz?	Evet	98	93.3
	Hayır	7	6.7
Meslekte çocuk ihmal ve istismarını vakası ile karşılaştınız mı?	Evet	23	21.9
	Hayır	82	78.1
Sizce toplumda en fazla görülen istismar türü hangisidir?	Fiziksel İstismar	37	35.2
	Duygusal İstismar	16	15.2
	Cinsel İstismar	21	20.0
	İhmal	31	29.5
Çalıştığınız kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik talimat prosedür var mı?	Evet	32	30.5
	Hayır	18	17.1
	Bilmiyorum	55	52.4
Çocuk ihmal ve istismarını hakkında yasal yükümlülüklerinizi biliyor musunuz?	Evet	32	30.5
	Hayır	73	69.5
Çocuk ihmal ve istismarı konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?	Çok Yeterli	0	0
	Yeterli	20	19.0
	Kısmen Yeterli	50	47.6
	Yeterli Değil	28	26.7
	Hiç Yeterli Değil	7	6.7
Çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha fazla bilgi gereksinimi duyuyor musunuz?	Evet	90	85.7
	Hayır	15	14.3

Tablo 4.7'ye göre sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ genel ölçek puanı ortalaması $3.69 \pm .34$ olup puanlar 3.03 ile 4.78 arasında değişmektedir. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puan ortalaması $3.95 \pm .37$ olup puanlar 3.21 ile 4.89 arasında değişmektedir. İhmalin ve istismarın çocuk üzerinde davranışsal belirtileri puan ortalaması $3.78 \pm .40$ olup puanlar 2.87 ile 4.73 arasında değişmektedir. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması $3.92 \pm .60$ olup puanlar 2.48 ile 5.00 arasında değişmektedir. İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puan ortalaması $3.31 \pm .54$ olup puanlar 2.25 ile 5.00 arasında değişmektedir. İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçeğinin puan ortalaması $3.08 \pm .60$ olup puanlar 1.33 ile 4.83 arasında değişmektedir. Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçeğinin puan ortalaması $3.74 \pm .63$ olup puanlar 2.50 ile 5.00 arasında değişmektedir.

Tablo 4.7: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan formundan aldıkları ölçek puanlarının değerlendirilmesi

	ort	ss	Minimum	Maximum
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	3.95	.37	3.21	4.89
İhmalin ve istismarın çocuk üzerinde davranışsal belirtileri	3.78	.40	2.87	4.73
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	3.92	.60	2.43	5.00
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3.31	.54	2.25	5.00
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri	3.08	.60	1.33	4.83
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler	3.74	.63	2.50	5.00
Genel ölçek puanı	3.69	.34	3.03	4.78

Tablo 4.8’de sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri ile ÇİİBRTYÖ puanı ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçekten aldıkları genel puan açısından anlamlı derece fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Fakat İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinde erkeklerin aldığı puan kadınların aldığı puandan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Diğer alt ölçeklerde anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre yapılan değerlendirmelerde hem genel ölçek puanında hem de alt ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocuk varlığına göre yapılan değerlendirmede de hem genel ölçek puanında hem de alt ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının kişisel özellikleri ile karşılaştırılması

	Cinsiyet			Medeni Durum			Çocuk varlığı			
	Kadın	Erkek	P	Bekar	Evli	Diğer	P	Evet	Hayır	P
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	3.90±.35	4.18±.39	0.004*	3.86±.26	3.97±.38	3.91±.30	0.530	3.96±.37	3.90±.36	0.414
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.75±.39	3.91±.43	0.110	3.59±.34	3.82±.40	3.53±.24	0.056	3.79±.39	3.73±.45	0.392
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.89±.58	4.07±.68	0.214	3.68±.44	3.96±.60	3.57±.80	0.180	3.93±.62	3.83±.47	0.492
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.30±.51	3.40±.67	0.515	3.15±.40	3.35±.56	3.10±.40	0.351	3.34±.56	3.20±.43	0.369
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.06±.54	3.18±.85	0.522	2.93±.48	3.10±.63	3.17±.33	0.653	3.10±.57	2.97±.74	0.508
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.73±.62	3.78±.70	0.785	3.44±.58	3.79±.64	3.47±.50	0.148	3.74±.65	3.69±.57	0.821
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.66±.31	3.83±.45	0.105	3.52±.26	3.72±.35	3.53±.26	0.070	3.71±.35	3.62±.34	0.258

*P<0.05

Tablo 4.9'a göre katılımcıların Mesleğine göre yapılan değerlendirmede ebe hemşire ve hekimlerin genel ölçekten aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ve İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri alt ölçeğinde hekimlerin aldığı puan ebe ve hemşirelerin aldığı puandan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05).

Çalışılan kuruma göre yapılan değerlendirmede genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri alt ölçeğinde aile sağlığı merkezinde çalışan personelin aldığı puan hastanede çalışan personelin aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 4.9: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının meslek ve çalışılan kurum ile karşılaştırılması

	Meslek				Çalışılan Kurum		
	Ebe	Hemşire	Doktor	P	Aile Sağlığı		P
					Merkezi	Hastane	
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	3.90±.36	3.91±.34	4.17±.40	0.030*	3.99±.38	3.92±.36	0.407
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.75±.35	3.75±.41	3.94±.43	0.139	3.87±.38	3.72±.40	0.040*
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.90±.58	3.87±.59	4.09±.66	0.347	3.97±.63	3.87±.58	0.422
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.32±.59	3.27±.45	3.43±.67	0.606	3.33±.56	3.30±.53	0.548
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	2.97±.52	3.08±.54	3.30±.86	0.182	3.14±.57	3.03±.62	0.482
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.67±.65	3.74±.60	3.86±.71	0.640	3.76±.67	3.71±.61	0.659
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.65±.31	3.66±.31	3.86±.46	0.145	3.74±.36	3.66±.33	0.293

*P<0.05

Tablo 4.10'a göre katılımcıların eğitim durumlarına göre yapılan değerlendirmede genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmamıştır (p>0.05). İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ve İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeklerinde fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 4.10: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının eğitim durumu ile karşılaştırılması

	Eğitim durumunuz					P
	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans	Doktora/tıpta uzmanlık	
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	3.83±.32	3.85±.33	3.96±.40	4.07±.20	4.38±.24	0.016*
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.67±.42	3.70±.35	3.79±.39	3.82±.46	4.21±.22	0.063
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.62±.38	3.83±.65	3.92±.56	4.08±.71	4.69±.36	0.016*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.35±.80	3.15±.46	3.35±.50	3.41±.49	3.45±.72	0.500
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.06±.55	2.97±.56	3.11±.60	3.11±.88	3.23±.51	0.678
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.51±.47	3.79±.68	3.72±.63	3.83±.67	3.93±.75	0.665
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.58±.27	3.60±.30	3.70±.36	3.78±.33	4.05±.27	0.057

*P<0.05

Tablo 4.11'e göre katılımcıların meslekteki çalışma yıllarına göre yapılan değerlendirmede genel ölçek puanında ve alt ölçek puanlarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.11: Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının meslekteki çalışma yılı ile karşılaştırılması

	Meslekteki Çalışma Yılına				P
	1-5 yıl arası	6-10 yıl arası	11-15 yıl arası	16 yıl ve üzeri	
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	3.94±.32	3.96±.43	3.84±.31	3.98±.37	0.547
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.82±.41	3.83±.42	3.81±.34	3.75±.40	0.787
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.76±.47	4.08±.64	3.95±.54	3.90±.63	0.420
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.24±.48	3.35±.53	3.54±.73	3.27±.51	0.696
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.13±.64	3.25±.74	3.09±.42	3.01±.58	0.484
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.71±.46	3.81±.73	3.76±.61	3.71±.65	0.974
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.6±.32	3.75±.40	3.71±.24	3.67±.36	0.872

* $P<0.05$

Tablo 4.12'ye göre ÇİVİ konusunda okul öğrenimi sırasında bilgi alıp almalarına göre yapılan değerlendirmede genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda konferansa katılıp katılmadıklarına göre yapılan değerlendirmede, konferansa katılanların genel ölçek, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, istismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Mesleğe başladıktan sonra eğitim alınıp alınmadığına göre yapılan değerlendirmede eğitim alanların genel ölçek, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri, çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinde aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.12: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Okul öğrenimi sırasında bilgi aldınız mı?			Çocuk istismarı ve ihmali konusunda konferansa katıldınız mı?			Mesleğe başladıktan sonra eğitim aldınız mı?		
	Evet	Hayır	P	Evet	Hayır	P	Evet	Hayır	P
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	4.02±.42	3.92±.34	0.097	4.08±.36	3.88±.36	0.013*	3.98±.36	3.93±.37	0.319
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.83±.43	3.76±.38	0.408	3.94±.41	3.70±.37	0.003*	3.85±.42	3.72±.37	0.079
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.98±.62	3.88±.59	0.429	4.07±.64	3.83±.56	0.038*	3.97±.61	3.88±.60	0.388
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.31±.50	3.32±.56	0.905	3.37±.58	3.29±.52	0.265	3.43±.50	3.22±.55	0.028*
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.10±.71	3.07±.55	0.615	3.22±.66	3.00±.56	0.045*	3.22±.59	2.97±.60	0.030*
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.69±.60	3.76±.65	0.498	3.91±.64	3.64±.61	0.040*	3.94±.61	3.57±.61	0.004*
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.72±.39	3.68±.32	0.632	3.82±.36	3.62±.32	0.005*	3.78±.36	3.62±.32	0.023*

*P<0.05

Tablo 4.13'te görüldüğü üzere Katılımcıların Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk ihmal ve istismarını akıllarında bulundurup bulundurmadıklarına göre yapılan değerlendirmede iki grup arasında genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmamıştır (p>0.05).

Meslekte çocuk ihmal ve istismarını vakası ile karşılaşma durumuna göre iki grup arasında genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmamıştır (p>0.05).

Çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşılması durumunda bildirim yapma durumuna göre yapılan değerlendirmede bildirim yaparım diyenlerin genel ölçek, istismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri ile çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 4.13: Sağlık çalışanlarının iş hayatları boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk ihmal ve istismarını aklınızda bulundurur musunuz?			Meslekte çocuk ihmal ve istismarını vakası ile karşılaştınız mı?			Çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşırsanız bildirim yapar mısınız?		
	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	P
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	3.96±.36	3.77±.46	0.169	4.03±.35	3.93±.37	0.135	3.96±.37	3.66±.33	0.236
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.79±.40	3.63±.38	0.244	3.81±.35	3.77±.41	0.780	3.79±.39	3.23±.05	0.040*
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.92±.60	3.88±.59	0.897	3.88±.68	3.93±.58	0.715	3.93±.60	3.50±.30	0.230
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.33±.55	3.10±.37	0.257	3.34±.46	3.31±.56	0.712	3.33±.54	2.75 ±.24	0.095
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.12±.59	2.55±.61	0.027	2.97±.53	3.11±.62	0.366	3.08±.61	3.00±.24	0.841
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.76±.63	3.39±.56	0.134	3.79±.62	3.72±.64	0.692	3.75±.62	2.75±.35	0.038*
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.71±.34	3.47±.35	0.100	3.72±.28	3.69±.36	0.493	3.70±.34	3.22±.05	0.038*

*P<0.05

Tablo 4.14'te görüldüğü üzere çalışılan kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik talimat prosedür bulunma durumuna göre yapılan değerlendirmede katılımcıların genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkmamıştır ($p>0.05$). Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinde evet diyenlerin aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışılan kurumda çocuk ihmali ve istismarına yönelik eğitim alınmasına göre yapılan değerlendirmede; eğitim alanların genel ölçek, İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, istismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinde aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Çalışılan kurumda alınan eğitimin yeterliliğine göre yapılan değerlendirmeye göre, iki grup arasında genel ölçek puanı ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi alma, prosedür varlığı durumuna göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çalıştığımız kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik talimat prosedür var mı?				Çalıştığımız kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik eğitim aldınız mı?			Aldığımız eğitim yeterli ve faydalı mıydı?		
	Evet	Hayır	Bilmiyorum	p	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	4.05±.37	3.88±.32	3.92±.38	0.227	4.08±.35	3.91±.37	0.025*	4.13±.35	3.87±.28	0.161
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.90±.39	3.72±.33	3.73±.41	0.155	3.98±.44	3.71±.36	0.002*	3.97±.48	4.03±.24	0.896
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.92±.63	3.91±.55	3.92±.61	0.989	4.02±.63	3.8±.59	0.297	4.05±.65	3.91±.61	0.578
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.37±.50	3.36±.71	3.26±.50	0.545	3.60±.59	3.22±.49	0.002*	3.54±.62	3.82±.45	0.473
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.01±.77	3.21±.62	3.08±.48	0.644	3.26±.69	3.02±.57	0.046*	3.22±.71	3.43±.61	0.556
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.96±.62	3.83±.52	3.57±.63	0.019*	4.07±.66	3.63±.59	0.002*	4.02±.69	4.25±.54	0.534
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.78±.37	3.69±.30	3.64±.34	0.226	3.89±.37	3.63±.31	0.001*	3.89±.40	3.91±.28	0.745

*P<0.05

Tablo 4.15'te görüldüğü üzere çocuk ihmal ve istismarı hakkında yasal yükümlülükleri bilme durumuna göre yapılan değerlendirmeye göre, İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinde evet diyenlerin aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların genel ölçek puanı ve diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha fazla bilgi gereksinimi duyulmasına göre yapılan değerlendirmede, iki grup arasında genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim almak istenmesine göre yapılan değerlendirmeye göre İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinde evet diyenlerin aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların genel ölçek puanı ve diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda çocuk ihmal ve istismarına konusunda yasal yükümlülük bilgisi, bilgi gereksinimi ve eğitim isteği durumlarına göre yönelik bilgi alma, prosedür varlığı durumuna göre ÇİİBRTYÖ ortalamalarının karşılaştırılması

	Çocuk ihmal ve istismarını hakkında yasal yükümlülüklerinizi biliyor musunuz?			Çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha fazla bilgi gereksinimi duyuyor musunuz?			Çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim almak ister misin?		
	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	P
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	4.09±.37	3.89±.35	0.011*	3.96±.37	3.92±.39	0.833	3.96±.37	3.93±.36	0.927
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.90±.44	3.73±.37	0.066	3.80±.39	3.66±.43	0.237	3.78±.41	3.78±.33	0.972
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	4.03±.63	3.87±.58	0.174	3.97±.58	3.63±.67	0.063	3.98±.58	3.61±.61	0.048*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.45±.53	3.26±.54	0.094	3.33±.53	3.20±.59	0.289	3.32±.55	3.26±.51	0.565
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	2.99±.67	3.12±.57	0.314	3.09±.60	2.99±.62	0.733	3.08±.63	3.08±.48	0.591
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.87±.62	3.68±.63	0.170	3.75±.65	3.64±.55	0.591	3.72±.65	3.82±.51	0.477
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.80±.38	3.64±.32	0.056	3.71±.33	3.59±.42	0.174	3.70±.34	3.65±.36	0.695

*P<0.05

Tablo 4.16’da görüldüğü üzere Çocuk ihmal ve istismarı konusunda kendinizi ne kadar yeterli gördüklerine göre yapılan değerlendirmede gruplar arasında genel ölçek, istismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.16: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi düzeyleri durumlarına göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Çocuk ihmali ve istismarı konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz ?						
	Çok yeterli	Yeterli	Kısmen yeterli	Yeterli değil	Hiç yeterli değil	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	-	4.02±.34	4.00±.37	3.82±.36	3.92±.34	0.162
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	-	3.80±.35	3.89±.43	3.60±.30	3.69±.40	0.013*
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	-	3.71±.61	4.11±.60	3.74±.54	3.84±.54	0.018*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	-	3.37±.52	3.43±.48	3.16±.61	2.94±.46	0.008*
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	-	3.11±.48	3.20±.72	2.89±.46	2.88±.25	0.073
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	-	3.79±.59	3.87±.63	3.47±.62	3.68±.62	0.049*
Genel ölçek puanı (ort±ss)	-	3.71±.32	3.80±.37	3.52±.24	3.56±.30	0.005*

*P<0.05

Tablo 4.17’de görüldüğü üzere Katılımcıların toplumda en fazla görülen istismar türü hangisi olduğu bilgisine göre yapılan değerlendirmede genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.17: Sağlık çalışanlarının en fazla görülen istismar türüne göre ÇİİBRTYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sizce toplumda en fazla görülen istismar türü hangisidir?					
	Fiziksel istismar	Duygusal istismar	Cinsel istismar	İhmal	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (ort±ss)	3.99±.34	4.11±.36	3.87±.37	3.88±.40	0.112
İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri (ort±ss)	3.81±.40	3.89±.41	3.71±.40	3.74±.38	0.519
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (ort±ss)	3.90±.49	4.14±.56	3.77±.60	3.93±.72	0.280
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (ort±ss)	3.38±.45	3.36±.56	3.21±.67	3.28±.54	0.312
İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri (ort±ss)	3.03±.54	3.12±.67	3.03±.37	3.15±.76	0.629
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ort±ss)	3.78±.61	3.6±.55	3.56±.61	3.83±.71	0.469
Genel ölçek puanı (ort±ss)	3.72±.32	3.79±.34	3.59±.29	3.68±.40	0.308

*P<0.05

5. TARTIŞMA

Çocuk istismarı ve ihmali, mağdur ve yakın çevresi için üstesinde gelmesi, etkisinin ortadan kalkması uzun süren ve zorlu bir süreçtir. Öncelikli amaç istismarın ve ihmalin oluşmasını engelleyecek bireysel ve toplumsal tedbirlerin alınmasıdır. Eğer istismar ve ihmal durumu ortaya çıkmışsa da mağduru korumak ve mağdur üzerindeki etkilerini minimum düzeye indirmek çok önemlidir. Sağlık çalışanları verdikleri hizmetten dolayı istismar ve ihmal mağdurları ile karşılaşma olasılıkları en yüksek gruplardan biridir. Bundan dolayı sağlık çalışanlarının istismar ve ihmalin belirtilerini bilmeleri; mağduru tespit etmeleri ve olumsuz durumu sonlandırmaları açısından çok önemlidir.

Bu bölümde çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları literatür eşliğinde ele alıp değerlendireceğiz;

Sarıyar'ın 2019 yılında Van ilinde çalışan sağlık çalışanlarının çocuk istismarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları isimli doktora tezinde katılımcıların %53 kadın %47 erkektir (144). Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmada katılımcıların %68.8'i kadın, %31.2'si erkektir (145). Paek ve arkadaşlarının 2019 yılında Güney Kore'de birinci basamak sağlık personeli ile yaptığı çocuk istismarıyla ilgili araştırmada katılımcıların %22.3'ü erkek, %77.7'si kadındır (146). Burç'un 2014 yılında yaptığı hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri isimli doktora tezinde katılımcıların hemşirelerin %77'si kadın, %23'ü erkektir (147). Bizim araştırmamızda da katılımcıların %82.9'u kadın, %17.1'i erkeklerden oluşmaktadır. Yaptığımız araştırmada literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda kadın oranının yüksek çıkmasında ebe ve hemşire meslek mensuplarının yoğun olarak kadın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında hemşirelerin %95'i evli, %4.5'i bekârdır (12). Uncu'nun 2013 yılında yaptığı çalışmada Hekimlerin %76.3'ü, hemşire ve ebelerin ise %61.0'i evli olarak bulunmuştur (148). Bizim Çalışmamızda katılımcıların %84.8'i evli, %11.4'ü evli bulunmuştur. Çalışmamızda literatürle uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Demir'in Edirne ilinde 2012 yılında aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarını ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında çocuğu olan katılımcı oranı %72.6'dır (149). Çalışmamızda katılımcıların %82.9'u çocuk sahibidirler.

Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında yaş ortalamaları 35.04 olarak bulunmuştur (12). Demir tarafından 2012 yılında çalışmada hekimlerin yaş ortalaması 39 olarak bulunmuştur (149). Çalışmamızda Katılımcıların yaş ortalaması 39.04 olarak bulunmuştur.

Yıldırım'ın 2019 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %37'sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (151). Kabakoğlu'nun 2018 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında katılımcıların %70.7'sinin lisan mezunu olduğu bulunmuştur (152). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %53.3'ünün lisans mezunu olduğu bulunmuştur.

Bilgiç'in Denizli 2015 yılında ebe ve hemşireler ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında katılımcıların %49.7'sinin çalışma süresi 11-20 yıl aralığında bulunmuştur (150). Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında hemşirelerin, %70.1'inin çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %56.2'sinin çalışma süresi 18 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur.

Kocaer'in 2006 yılında hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında, hekimlerin %48.6'sı, hemşirelerin ise %27.9'u okul eğitimleri sırasında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir (153). Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında hemşirelerin %23.9'u okul eğitimleri sırasında eğitim aldıklarını belirtirken, %76.9'u ise bu konuda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (12). Kara ve arkadaşlarının 2013 yılında Ankara'da çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimler ile yaptıkları çocuk istismarı ile ilgili çalışmada katılımcıların %62.5'i okul eğitimleri sırasında çocuk istismar ve ihmaliyle ilgili eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (154). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %66.7'si okul eğitimleri sırasında ÇİVİ konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Yıldırım'ın 2019 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %78'i hizmet içi eğitim almadıkları görülmektedir (151). Kabakoğlu'nun 2019 yılında yaptığı çalışmada, Hemşire ve ebelerin %59.4'ünün meslek hayatında çocuk istismarı ve ihmali konusunda hizmet içi eğitim aldıkları, hemşire ve ebelerin %29.2'si ÇİVİ konusunda konferans veya seminere katıldıkları görülmektedir (152). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %64.8' i ÇİVİ konusunda herhangi bir konferansa katılmadıklarını, %55.2'si mesleğe başladıktan sonra ÇİVİ konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını, %75.2'si ise çalıştıkları kurumda ÇİVİ ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir.

Yıldırım'ın 2019 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %71.4'ü ÇİVİ vakasıyla karşılaşmaları durumunda bildirimde bulunacaklarını ifade etmişlerdir (151). Kocaer'in 2006 yılında hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %93.7'si ÇİVİ vakasıyla karşılaşmaları durumunda bildirimde bulunacaklarını ifade etmişlerdir (153). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %98.1'i ÇİVİ vakasıyla karşılaşmaları durumunda bildirimde bulunacaklarını ifade etmişlerdir.

Uncu'nun 2013 yılında yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %63.9'u ÇİVİ ile karşılaştıklarında çocuk şube/polise bildirim yapacaklarını ifade etmişler (148). Yıldırım'ın 2019 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında katılımcıların %34.4'ü ÇİVİ ile karşılaştıklarında polise bildirim yapacaklarını, %12.9'u ise ÇİM'e bildirimde yapacaklarını ifade etmişler (151). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %55.2'si ÇİVİ vakası ile karşılaştıklarında güvenlik güçlerine bildirimde bulunacaklarını, %21'i ise ÇİM'e bildirimde bulunacaklarını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ÇİM'e bildirim yaparım diyenlerin oranının yüksek olması, çalışmayı yaptığımız ilde merkezin olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Demir'in Edirne ilinde 2012 yılında aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarını ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında katılımcıların %96.8'i çocuk hastaları değerlendirirken ÇİVİ'yi göz önünde bulundurduklarını ifade etmişlerdir (149). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %93.3'ü çocuk hastaları değerlendirirken ÇİVİ'yi göz önünde bulundurduklarını ifade etmişlerdir.

Canbaz ve arkadaşları tarafından 2005 yılında Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %14.3'ü son bir yıl içinde ÇİVİ olgusu ile karşılaştıklarını aktarmışlardır (155). Kocaer'in 2006 yılında hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında, katılımcıların %40.1'inin meslek hayatları boyunca ÇİVİ vakasıyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (153). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %21.9'u ÇİVİ vakası ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda ve bizim çalışmamızda ÇİVİ ile karşılaşma oranlarının düşük olması sağlık profesyonellerinin hangi durumların ihmal ve istismar olarak nitelendirildiğini bilmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali fark edilmesi güç bir durumdur. Fakat multidisipliner bir yaklaşım sergilenirse ve tanılama kriterleri doğru bir şekilde belirlenip kullanılırsa vakaların göz kaçma olasılığı azalarak olguların ortaya çıkarılma olasılığı artacaktır (141).

Uslu'nun 2010 yılında multidisipliner ekipte yer alan meslek gruplarıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %52.2'si çalıştıkları kurumda ÇİVİ ile ilgili prosedürün olduğunu ifade etmişlerdir (156). Uncu'nun 2013 yılında yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %22.9'u çalıştıkları kurumda ÇİVİ ile ilgili prosedürün olduğunu, %51.8'inin ise prosedürün olup olmadığını bilmediklerini ifade etmişlerdir (148). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %52.2 si prosedürün olup olmadığını bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Sarıyar'ın doktora tezinde katılımcıların %29.5'i toplumda en çok görülen istismar türünün fiziksel istismar olduğunu ifade etmişlerdir (144). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %35.2'si toplumda en çok görülen istismar türünün fiziksel istismar olduğunu ifade etmişlerdir.

Kabakoğlu'nun 2018 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında katılımcıların %67.9'unun ÇİVİ ile karşılaştıklarında yasal sorumluluklarının ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir (152). Kaptan'ın 2017 yılında Trabzon ilinde pediatri kliniğinde çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %87.8'i ve hekimlerin %79.8'i ÇİVİ ile karşılaştıklarında yasal yükümlülüklerinin ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir (157). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %69.5'i yasal yükümlülüklerinin ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Külcü ve Karataş'ın çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %47.3'ü ÇİVİ konusunda kendilerini yetersiz görmüşlerdir (158). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %33.4'ü ÇİVİ konusunda kendilerini yetersiz gördüklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin ÇİİBRTYÖ aldıkları genel puan ortalaması $3.69 \pm .34$ olarak bulunmuştur. Sarıyar'ın 2019 yılında aynı ölçeği kullandığı doktora tezinde genel ölçek ortalaması $3.84 \pm .37$ olarak bulunmuştur (144). Demir'in Edirne ilinde 2012 yılında aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarını ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında genel ölçek puanı $3.86 \pm .33$ olarak bulunmuştur (149). Güzelmansur'un 2013 yılında çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında katılımcıların genel ölçek puan ortalaması $3.6 \pm .3$ olarak bulunmuştur (159). Katılımcıların genel ölçek puanından aldıkları ortalama puanın ve en küçük puanın 3'ün üzerinde olması bilgilerinin yeterli düzeyde olduklarını göstermektedir.

Alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi yapıldığında; Sarıyar'ın 2019 yılında aynı ölçeği kullandığı doktora tezinde istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinin

ölçüldüğü alt ölçek puanı ortalaması 4.05 ± 0.38 olarak bulunmuştur (144). Güzelmansur'un 2013 yılında çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puanı ortalaması $3.76 \pm .44$ olarak bulunmuştur (159). Bizim çalışmamızda da istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puanı ortalaması $3.95 \pm .37$ olarak bulunmuştur. Cirit'in 2015 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmasında İhmalin ve istismarın çocuk üzerinde davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.80 \pm .42$ olarak bulunmuştur (160). Bilgiç'in Denizli 2015 yılında ebe ve hemşireler ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında İhmalin ve istismarın çocuk üzerinde davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.84 \pm .41$ olarak bulunmuştur (150). Bizim çalışmamızda da İhmalin ve istismarın çocuk üzerinde davranışsal belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.78 \pm .40$ olarak bulunmuştur. Gölge ve arkadaşlarının çalışmasında İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması ebe-hemşirelerde 3.99 ± 0.61 olarak bulunmuştur (161). Cirit'in 2015 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmasında İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.91 \pm .58$ olarak bulunmuştur (160). Bizim çalışmamızda da İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtilerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.92 \pm .60$ olarak bulunmuştur. Yılmaz'ın 2015 yılında hemşireler ile yaptığı çalışmasında İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.7 \pm .50$ olarak bulunmuştur (162). Bizim çalışmamızda da İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.31 \pm .54$ olarak bulunmuştur. Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmada istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması aile hekimlerinde $3.68 \pm .50$ ve hemşire, ebelerde $3.30 \pm .57$ olarak bulunmuştur (145). Sarıyar'ın doktora tezinde istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.33 \pm .57$ olarak bulunmuştur (144). Bizim çalışmamızda da istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.08 \pm .60$ olarak bulunmuştur. Kocaer'in 2006 yılında hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında çocuk istismarı ve ihmali ailesel özelliklerin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.74 \pm .52$ olarak bulunmuştur (153). Yılmaz'ın 2015 yılında hemşireler ile yaptığı çalışmasında çocuk istismarı ve ihmali ailesel özelliklerin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.9 \pm .5$ olarak bulunmuştur (162). Bizim çalışmamızda da çocuk istismarı ve

ihmalinde ailesel özelliklerin ölçüldüğü alt ölçek puan ortalaması $3.74 \pm .63$ olarak bulunmuştur.

Kocaer'in 2006 yılında hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında ÇİİBRTYÖ Puanında hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır (153). Gölge ve ark. Çalışmasında genel ölçek puanında katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Çocuktaki davranışsal belirtiler ve İhmalin çocuk üzerindeki belirtiler alt ölçeklerinden kadınların aldığı puan erkeklerin aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (161). Bizim çalışmamızda da genel ölçek puanında katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Sadece İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinde erkek katılımcıların aldıkları puan kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Yapılan değerlendirmede erkeklerin daha yüksek puan alması, çalışmamızdaki erkeklerin yoğun olarak hekimlerden oluşmasından kaynakladığı düşünülmektedir. Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında katılımcıların genel ölçek ve alt ölçek puanlarında medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (12). Sarıyar'ın doktora tezinde katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (144). Bizim çalışmamızda da genel ölçek ve alt ölçek puanlarında katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Çatık ve ark 2006 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (163). Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (12). Bizim çalışmamızda da genel ölçek ve alt ölçek puanlarında katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Kocaer'in 2006 yılında hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında doktorların genel ölçek puanı hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Alt ölçek puanlarında ise İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeği, İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçeği ve İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinde doktorların puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (153). Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmada doktorların genel ölçek ve tüm alt ölçek puanları hemşire ve ebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (145). Cirit'in 2015 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık

profesyonelleriyle yaptığı çalışmasında doktorların genel ölçek puanı ebe hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (160). Alt ölçek puanlarında ise İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeği, İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçeğinde doktorların puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (160). Gölge ve arkadaşlarının çalışmasında meslekler arasında genel ölçek puanı bakımından bir istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamış, sadece istismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinde hekimlerin aldığı puan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (161). Bizim çalışmamızda mesleklere göre yapılan değerlendirmede İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinde hekimlerin hemşire ve ebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Genel ölçek ve diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark ortaya çıkmamıştır.

Kabakoğlu'nun 2018 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında ölçek genel puan ve alt ölçeklerin puan ortalamasında eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (152). Bilgiç'in Denizli 2015 yılında ebe ve hemşireler ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında ölçek genel puan ve alt ölçeklerin puan ortalamasında eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (150). Bizim çalışmamızda da İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtiler ve İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeklerinde eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmuştur.

Gölge ve ark. çalışmasında katılımcıların ölçek genel puan ve alt ölçeklerin puan ortalamasında meslekte geçirilen süre açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkmamıştır (161). Sarıyar'ın doktora tezinde katılımcıların genel ölçek ve alt ölçek gruplarından aldıkları puan meslekteki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (144). Bizim çalışmamızda da genel ölçek ve alt ölçek puanlarında katılımcıların meslekte geçirilen süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Çatık ve ark 2006 yılında yaptığı çalışmada okul eğitimi sırasında ÇİVİ ile ilgili bilgi alınması ölçek genel puanı ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkarmamıştır (163). Solak'ın 2018 yılında Adana'da görev yapan aile hekimleri ile yaptığı çalışmada okul öğrenimi sırasında ÇİVİ ile ilgili eğitim alınması ölçek genel puanı ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkarmamıştır (164).

Bizim çalışmamızda da okul eğitimi sırasında ÇİVİ ile ilgili bilgi alınması ölçek genel puanı ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkarmamıştır. Çatık ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların ÇİVİ ile ilgili konferans/seminer alma durumlarının genel ölçek ve alt ölçekten alınan puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemediği görülmektedir (163). Gölge ve ark. çalışmasında ise konferans/seminere katılanların genel ölçek, İstismarın çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçeği, Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçeğinde katılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (161). Bizim çalışmamızda da konferans/seminere katılanların İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerde ve genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bilgiç'in Denizli 2015 yılında ebe ve hemşireler ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında mesleğe başladıktan sonra ÇİVİ ile ilgili eğitim alınması ölçek genel puanı ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark ortaya çıkarmamıştır (150). Gölge ve ark. çalışmasında ise mesleğe başladıktan sonra ÇİVİ ile ilgili eğitim alanların İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeği, Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (161). Bizim çalışmamızda ise Genel ölçek puanı, Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler, İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri, İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeklerinde eğitim alanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bu durum ÇİVİ ile ilgili verilen eğitimlerin belirli bir standart içermediğini göstermektedir.

Demir'in Edirne ilinde 2012 yılında aile hekimi ve aile hekimliği uzmanları ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında katılımcıların ÇİVİ'yi göz önünde bulundurup bulundurmaması genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkarmamıştır (149). Kaptan'ın 2017 yılında Trabzon ilinde pediatri kliniğinde çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada katılımcıların ÇİVİ'yi göz önünde bulundurup bulundurmaması genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkarmamıştır (157) . Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ÇİVİ'yi göz önünde bulundurup bulundurmaması genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkarmamıştır. Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında katılımcıların ÇİVİ vakası ile karşılaşma durumları genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark

ortaya çıkarmamıştır (12). Sarıyar'ın doktora tezinde katılımcıların ÇİVİ vakası ile karşılaşma durumları genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark ortaya çıkarmamıştır (144). Bizim çalışmamızda da katılımcıların ÇİVİ vakası ile karşılaşma durumları genel ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark ortaya çıkarmamıştır. Kaptan'ın 2017 yılında Trabzon ilinde pediatri kliniğinde çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada hekimlerin ÇİVİ ile karşılaştıklarında bildirimde bulunup bulunmaması genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark ortaya çıkarmamıştır. Hemşirelerde ise bildirimde bulunurum diyenlerin aldıkları puan; istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, çocuk ihmal ve istismarının çocuktaki davranışsal belirtileri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (157). Güzelmansur'un 2013 yılında çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında katılımcıların ÇİVİ ile karşılaştıklarında bildirimde bulunup bulunmaması genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark ortaya çıkarmamıştır (159). Bizim çalışmamızda da bildirimde bulunurum diyenlerin; Genel ölçek puanı ile İstismar ve ihmali çocuk üzerinde davranışsal belirtileri ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Cirit'in 2015 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmasında katılımcı hemşire ve ebelerde Çalışılan kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik talimat/prosedür varlığının genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı, ebelerde ise çocuk istismarı ve ihmali ilişkili çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yarattığı görülmektedir (160). Uysal'ın 1998 yılında ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında talimat/prosedür varlığının genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derece bir fark yaratmadığı görülmektedir (12). Bizim çalışmamızda da Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark görülmektedir. Yılmaz'ın 2015 yılında hemşireler ile yaptığı çalışmasında mezuniyet sonrası ÇİVİ ile ilgili eğitim alanların genel ölçek puanının ve alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu sadece Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinde anlamlı bir fark oluşmadığı görülmektedir (162). Gölge ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar görülmektedir (161). Demir'in Edirne ilinde 2012 yılında aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarını ile yaptığı

çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında mezuniyet sonrası eğitim alma durumunun ölçekten alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı görülmektedir (149). Bizim çalışmamızda da çalışılan kurumda eğitim alanların genel ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Sadece ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinde anlamlı derecede bir fark oluşmamıştır. Cirit'in 2015 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmasında katılımcıların mezuniyet sonrası alınan eğitimin yeterliliği durumu, genel ölçek ve alt puanlarında bir farklılık yaratmamıştır (160). Bizim çalışmamızda da benzer bulgular bulunmuştur.

Kabakoğlu'nun 2019 yılında yaptığı çalışmada Bildirim yapmanın görevi olduğunu bilgisi ebe ve hemşirelerin genel ölçek ve alt puanlarında bir farklılık yaratmamıştır. Bildirim yükümlülüğü ile ilgili kanun bilgisi bilenlerin ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinden aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (152). Bizim çalışmamızda da ÇİVİ ile ilgili yasal yükümlülüklerini bilenlerin İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Demir tarafından 2012 yılında çalışmada eğitim almayı istemde durumunun genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı görülmektedir (149). Bilgiç'in Denizli 2015 yılında ebe ve hemşireler ile yaptığı çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında eğitim almayı istemde durumunun genel ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı görülmektedir (150). Güzelmansur'un 2013 yılında çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında daha fazla bilgi gereksinme durumu genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı görülmektedir (159). Bizim çalışmamızda da ÇİVİ ile ilgili daha fazla bilgi gereksinme durumu ve eğitim alma durumunun genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı görülmektedir.

Kabakoğlu'nun 2019 yılında yaptığı çalışmada ÇİVİ konusunda kendini yeterli görme durumunun genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yaratmadığı görülmektedir (152). Bizim çalışmamızda ise ÇİVİ konusunda kendini kısmen yeterli görenlerin; Genel ölçek puanı, İstismar ve ihmalin çocuk üzerinde davranışsal belirtileri, İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri, İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, Çocuk istismarı ve ihmali ailesel

zellikler alt ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Sarıyar'ın doktora tezinde katılımcıların en çok görülen istismar türüne verdikleri yanıtlar ile genel ölçek puanı ve alt ölçek puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (144). Bizim alıŐmamızda benzer sonuçlar elde edilmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Malatya ilinde çalışan sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda;

Katılımcıların büyük bir oranı kadın, evli ve çocuk sahibi kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 39.4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmının lisans mezunu olduğu ve büyük bir çoğunluğunun mesleki çalışma yılı 18 yıldan fazladır.

Katılımcıları mesleki çalışma yıllarının yüksek olması, bildirim yaparım diyenlerin çoğunlukta olması ve vaka ile karşılaşırsam bildirim yaparım diyenlerin oranının yüksek olmasına rağmen vaka ile karşılaşanların oranının düşük olması ÇİVİ vakalarını tanıma ve bildirim konusunda yeterli bilginin olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların büyük bir kısmının yükümlülüklerini bilmediği ve çalışılan kurumda prosedürün varlığından haberdar olmadıkları bulunmuştur.

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlamalarına yönelik ölçekten aldıkları ortalama puanların 3 üzeri olması, sağlık çalışanlarının ÇİVİ ile ilgili belirli düzeyde bilgilerinin olduğunu göstermektedir. Fakat alınan minimum puanlarının 3 puanın altında olması da bilgi düzeyinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Eğitim durumunun alınan puanlarda anlamlı derecede fark yaratmadığı görülmekte bu sonuç eğitimleri sırasında ÇİVİ ile ilgili yeterli bilgi almadıklarını göstermektedir.

Mesleki deneyimin ÇİVİ ile ilgili bilgi düzeyinde artış yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Okul eğitimi sırasında ÇİVİ ile ilgili eğitim alanlar ve almayanların ölçek puanında farkın ortaya çıkmaması, verilen eğitimin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Konferans/seminer ve mesleğe başlandıktan eğitim alınması bilgi düzeyini arttırmaktadır. Bu durum bize meslek hayatında alınan eğitimlerin sıklaştırılması bilgi düzeyine olumlu katkı sağlayacağını göstermektedir.

Hizmet içi eğitim alan katılımcıların ölçek puanlarının yüksek, bu eğitimlerin faydalı olduğunu göstermektedir. Fakat yapılan benzer çalışmalarda farkın ortaya çıkmaması bize ÇİVİ ile ilgili verilen eğitimlerde standardın olmadığını göstermektedir.

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli görenlerin aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların konu ile ilgili bilgi düzeylerinde farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir;

- Sağlık personeli yetiştiren okullarda ÇİVİ ile ilgili derslerin yaygınlaştırılması, içeriklerinin standart hale getirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Mesleğe başladıktan sonra belirli periyotlarda eğitimlerin tekrarlanması, verilecek eğitimlerin standartlarının belirlenmesinin gerektiği düşünülmektedir.
- Kurumlarda prosedürlerin daha görünür olması ve personelin bu konuda bilgilendirilmesi olguların tespiti ve standartların bilinmesi için gereklidir.
- Personelin yasal yükümlülükleri konusunda bilgilendirilmesi, oluşabilecek cezai durumların engellenmesi için önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu S. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000, 3: 29-35.
2. Bayhan P. Dövülen çocuklar, *Sosyal Hizmet Dergisi* 1998, Sayı 8:24-6.
3. Aral N, Gürsoy F, Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* 2001,151: 36-39
4. Atauz S. Kitle iletişim araçlarında çocuk istismarı ve ihmali. *Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi*. Ankara Türkiye, 12-14 Haziran 1989: 233-243.
5. Dağlı, E.T. ve İnanıcı, M.A. (Ed). (2011). Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı. Unicef , Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık.
6. Aral N. *Fiziksel İstismar ve Çocuk*, 1. Baskı, Ankara, Tekışık Ofset Tesisleri, 1997.
7. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008: 1.
8. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. UNICEF Türkiye, 2004. <http://www.unicef.org/turkey/pdf/cr23.pdf> (Erişim tarihi:31.10.2019).
9. Polat H. Türk hukukunda çocukların cezai sorumluluğu ve yargılanmalarındaki özellikler üzerine bir inceleme. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* 2010, 23(90):64-100.
10. Çakıcı M. Çocuk istismarının Madde Kullanımına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2002.
11. Yörükoğlu A. *Değişen Toplumda Aile ve Çocuk*. 6. Baskı, İstanbul, Özgür Yayınları, 1997: 220–222.
12. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1998.

13. Ayzög D. Öğrencilerin çocuk haklarını algılama düzeyleri ile başarıları arasındaki ilişki. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008, 2(1): 7-8.
14. Kuşgözöğlü T. Sokakta çalışan çocuklar, aileleri ve çocuk hakları: Ankara’da bir araştırma, <https://www.slideshare.net/tulinkus/sokakta-alian-ocuklar-aileleri-ve-ocuk-haklari-ankarada-bir-aratirma> 25.11.2019.
15. Yıldız Ö. Türkiye’de çocuk işçi sorununun toplumsal görünümü. *Journal Of Qafqaz university* 2006, 18: 134-39
16. Dervişoğlu S. Çocuk istismarı ve ihmali Açısından Sokakta Çalışan Çocuklar ve Avrupa Birliği Uygulamaları. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Avrupa Birliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
17. Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA, Van Rijn RR. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr* 2012, 171: 877-85.
18. Işıklı B. Çocuk istismarının toplumsal boyutu. In 6.Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu Kitabı:156-63. İstanbul, Diyarbakır Valiliği, 2008.
19. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999,17: 575-93.
20. Sicher P, Lewis O, Sargent J. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39: 660-7.
21. Dokgöz H, Afşin H. Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede dış hekiminin rolü.İçinde: Afşin H(Editör). *Adli Dış Hekimliği Kitabı*, 10. Baskı. İstanbul, Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2004: 311- 23.
22. Faller KC, Bowden ML, Jones CO, Hildebrandt HM. Social work with abused and neglected children. In: Faller JC(ed). *Amanual of interdisciplinary practice*, 4th ed.London, Free Press, 1981: 11-32.
23. Feshbach S. *Child abuse and the dynamics of human aggression and vioience. child abuse: An agenda for action*. 1st Ed. New York: Oxford University Press, 1980: 48-60.
24. Bartholdsson O. Corporal Punishment of Children and change of attitudes. *Children & Society* 2001, 21: 446-457.
25. Polat, O. *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı: Tanımlar*,1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınları, 2007: 26-27, 13,329–339,159–186, 291–310.

26. Yılmaz A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Risk Faktörleri ve Çocukların Psiko-Sosyal Gelişimi Üzerindeki Etkileri. *Civil Academy Sosyal Bilimler Dergisi* 2009, 7 (1): 63-79.
27. Havelin K. *Child abuse 'Why do my parents hit me?'*, 1st ed. USA, Capstone Press, 2000.
28. Mccoy ML, Keen SM. *Child abuse and neglect*, 2nd ed. New York, Psychology Press, 2014.
29. Definitions Of Child Abuse And Neglect. Child Welfare Information Gateway, Children's Bureau. <https://www.childwelfare.gov/topics/can>. 10.11.2019
30. Pelcovitz D, Kaplan SJ, Ellenberg A, Labruna V, Salzinger S, Mandel F, Weiner M. Adolescent physical abuse: age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *J Fam Violence* 2000, 15: 375-389.
31. Juettner B. *Child Abuse Hot Topics*, 1st ed. United States of America, Lucent Books, 2009:28-32.
32. Güneş A. *Çocuk eğitiminde pozitif iletişim*, 60. Baskı. İstanbul, Nesil Yayınları, 2013.
33. Howe D. *Child abuse and neglect*, 1st ed. New York, Palgrave Macmillan, 2005.
34. Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Sage journal*, 2011, 100: 264-272.
35. Beyaztaş F, Özen B, Bütün C, Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi. *Med Sci* 2014.
36. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi* 2007, 34:70-4.
37. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004, 47:140-51.
38. Oral R, Hancı İH. İzmir'de eğitim hastanelerinde çocuk istismarı tanısı alan olgularla ilgili İzmir çocuk istismarı araştırma grubunun on sekiz aylık deneyimi. *Türkiye'de çocuk istismarı serileri, İzmir Dr. Behçet Uz Hastanesi olguları* 2004, İzmir.
39. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni* 2004, 3:76-80.

40. Şahin F, Vatandaş N, Demirel B,İşeri E, Çamurdan AD, Akar T, Yılmaz G, Dursunkaya D, İştiten N, Asma T, Kaynak H, Hatipoğlu N, Paslı F, Oral R. 1. Baskı. *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Çocuk istismarının tanımı, epidemiyolojisi, multidisipliner yaklaşımın önemi, istismar tipleri, cezai yaptırımı, sosyal hizmet yaklaşımı.* Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006.
41. Uğur Baysal S. 2007: İhmal, İstismar ve Çocuk. İçinde: Tüzün Ü, Hergüner S. (editörler). *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*, 1. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayıncılık 2007: 493- 495.
42. Polat O. *Klinik Adli Tıp, Adli Tıp Uygulamaları, Kadına Yönelik Şiddet, Çocuk İstismarı*, 6. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık 2013: 85-133.
43. Blumenthal I. Shaken Baby Syndrome. *Postgrad med j* 2002, 78:732-35
44. National Center on Shaken Baby Syndrome. <http://www.dontshake.org/sbs.php> ?topNavID=3&subNavID=27&navID=94 8.12.2019.
45. Terry L. Fabricated or induced illness in children. *Paediatr Nurs* 2004;16:14-8.
46. İnce T, Yurdakök K. Münchausen by Proxy Sendromu; Ağır bir Çocuk İstismarı Formu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2014, 3:165-170.
47. Kuşuoğlu S. Çocuk istismarı ve ihmali. İçinde: Felimen D (ed.). *Acil Bakım*, 3. Baskı. İstanbul, Yüce Yayıncılık 2004, 577–599.
48. Özdemir FD, Özmert E, Balseven OA, Evinç SG, Tekşam Ö, Gökler B. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by multidisciplinary study group between 2005-2008. *The Turkish pediatrics* 2012, 54:333-43.
49. Polat O. *Şiddet*, 1. Baskı. Ankara Seçkin Yayınevi, 2015.
50. Serter F,. Kronik Hastalık Tanısı Konmuş, Hastanede Yatan Altı Yaş Üstü Çocuklarda Duygusal İhmal ve İstismarın İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2002.
51. Dökmen Ü. Evde, okulda, ekranda çocukların duygusal istismarı. *Cumhuriyet Bilim ve Teknik Dergisi* 1995, 426.
52. Child Abuse & Neglect: Definition. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html 10.11.2019.
53. Akyüz E. *Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması*, 1. Baskı. Ankara: Milli Eğitim Basımevi, 2000.

54. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004, 35: 82-86.
55. Uysal A, Özsoy A. Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmalini İçeren Küçük Öyküler Üzerine Görüş ve Tutumları. *Çocuk Forumu* 2003; 6: 34-46.
56. Akgül E. 2015. Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında Çalışan Personelin Cinsel İstismar Bildirim Durumları. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2015.
57. İşmen E. Duygusal İstismarın Liseli Ergenlerin Kendini Kabul Seviyesine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 1993.
58. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJ, Lyons RA, Butler I. The incidence of severe physical child abuse in wales. *Child Abuse Negl* 2002, 26: 1207.
59. Karaman Y. İlkokul Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukların Aileleri Tarafından İstismarı Ve İhmali. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1993.
60. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. *Adli Tıp Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul: Nobel Yayınevi, 1997: 315-339.
61. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. *Child Abuse And Neglect: A Clinician's Handbook*, 2nd ed. Edinburg, Churchill Livingstone, 1993: 119-137.
62. Göröl CM. Avrupa Konseyi Çocuğun Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi Kapsamında Cinsel İstismar Suçu. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi, 2014.
63. Egemen A.: Türkiye’de çocuklarda cinsel istismar olgusuna yasal ve sosyal yaklaşım. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1993, 36: 285-288.
64. Kairys SW, Alexander RC, Block RW. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999, 103: 186-191.
65. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E. Türkiye’nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011, 12(1):55.
66. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, Gordon DS. Why children tell: A model of children’s disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003, 27(5):525-40.

67. Akço S, Aksel Ş, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H, Gürpınar S, inancı MA, Oral G, Polat O, Sözen Ş, Şahin F, Tekes ŞA, Topuzoğlu YA. *Çocuk İstismarı ve İhmali Uygulama Kitabı Kullanım Kılavuzu*, 2002: 13-61.
68. Kinnear, K. L. *Child sexual abuse: A reference handbook*. 2nd ed. Santa Barbara, ABC-CLIO, 2007.
69. Kaytez N, Seçil Y, Gül K. Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü*, 2018, 1(1):18-24.
70. Yılmaz B. Çocuklukta cinsel istismar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2002, 8(24-25): 74-77.
71. Hancı H, Özdemir Ç. Çocuk cinsel istismarı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted)*, 2001, 10(10): 389-390.
72. Baran A, Erbaydar N. Yasak İlişki: Ensest, www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/.../ensest08012009.doc 17.09.2019.
73. Polat O. *Tıbbi acıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı*. Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1999: 517-533.
74. Şahin F. ve Taşar MA. Cinsel istismar ve ensest. *Türk Pediatri Arşivi* 2012, 47: 159-164.
75. Bozbeyoğlu ÇA. Türkiye’de Ensest Sorununu Anlamak, <https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ensesrapor.pdf> 17.09.2019.
76. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatr Dergisi* 2006, 3(1): 9-14.
77. Çocuk ihmal ve istismarının Önlenmesi, www.Sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc, 13.11.2019.
78. Yılmaz G. Çocuk istismarı ve ihmali nedir. *Çocuk Çocuk Dergisi* 2006, 56: 32-33.
79. Sezgin AU. Ensestin Psikososyal ve Adli Yönden İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
80. Sosyoloji Derneği, Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye’de Ensest. http://www.sosyolojiderneği.org.tr/dergi/pdf/bozbeyoglu_ensest.pdf. 7.11.2019.

81. Runyan D, Corrine W, Ikeda R. Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. *World Health Organization*, 2002: 57-86.
82. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi, Evaluation of child abuse and neglect. *Archives Medical Review Journal* 2013, 22(4): 591-614.
83. Şahin F. Çocuk ihmali: tanı ve tedavide hekimler için ipuçları. *Klinik Pediatri Dergisi* 2002 1: 103-106.
84. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşım. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2011, 15(4): 178-183.
85. Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Sexual Abuse* 2011, 20(5): 588-605.
86. Yılmaz MT. (2010). Cinsel gelişim. İçinde E. Deniz Editör. *Erken Çocukluk Döneminde Gelişim*, 1. Baskı. Ankara, Atalay matbaa, 2010:237-260.
87. Akduman GG. (2010a). Okul öncesi eğitimin tanımı ve önemi, İçinde UB. Gülden Editör. *Okul Öncesi Eğitime Giriş*, 1. Baskı. Ankara, Pegem Yayıncılık, 2010.
88. Bahar G, Savaş H, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009, 4 (12): 52-65.
89. Avşar KŞ. Çocuk Yoksulluğu. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2007, 3 (12): 47-55.
90. Şimşek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. *Adli Bilim Dergisi* 2004, 3(1): 47-52.
91. Christoffersen MN, DePanfilis D. Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. *Child Abuse Rev J Br Assoc Study Prev Child Abuse Neglect* 2009, 18(1): 24-40.
92. Wu ZH, Berenson AB, Wiemann CM. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: familial environment, risk behaviors, and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003, 16(4): 207-16.
93. Gaudiosi DJA. *Child Maltreatment* 2008, 1st ed. Washington, DC: Government Printing Office, 2010.
94. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics* 2002, 23(6): 191-196.

95. Yılmaz İT. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Yaygınlığı Ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
96. Tunçel EK, Dündar C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2007, 17(2):105-10.
97. Ayan S, Kocacık F. Çocuk istismarı: Sivas (Türkiye) Örneği. *Uluslar Arası İnsan Bilim Dergisi* 2009, 1: 953-68.
98. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> 17.12.2019.
99. Kars Özcan. *Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları*, 1. Baskı. Ankara: Bizim Büro, 1996.
100. Öztürk S. Çocuklarda Duygusal İstismar. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2007.
101. Özdemir A. Çocuğun Fiziksel Yönden İstismarı ve İhmali. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1989.
102. Pişi D. İstismar ve İhmale Uğrayan Çocukların Psiko-Sosyal Özellikleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2013.
103. Yalçın S. Ergenlerde Algılanan Duygusal İstismarın Uyum Düzeyine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji, İnsan Bilimleri ve Felsefe Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2007.
104. Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet*, 1. Baskı. İstanbul: Der Yayınevi, 2001.
105. Gökler R. Eğitimde Çocuk İstismarı ve İhmaline Genel Bir Bakış, <https://docplayer.biz.tr/7778080-Egitimde-cocuk-istismari-ve-ihmaline-genel-bir-bakis-riza-gokler.html> 18.09.2019.
106. Bilir Ş, Arı M, Dönmez N, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16.100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. İçinde Konanç E, Gürkaynak İ, Egemen A (Editörler). *Çocuk İstismarı Ve İhmali*, 1. Baskı. Ankara, Gözde Repo Ofset Matbaacılık, 1991:351.
107. Kozcu Ş. *Çocuk İstismarı ve İhmali*. 1. Baskı. Ankara, Aile Yazıları 3, Başbakanlık A.A.K. Yayınları, 1991.

108. İnanç B, Bilgin M, Kılıç M. (2004). *Gelişim Psikolojisi: Çocuk ve Ergen Gelişimi*, 1. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2004.
109. Mangalçlı B. Lise 2. Sınıf Öğrencilerinin Ailede Çocuk İstismar ve İhmaline İlişkin Görüşleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
110. İçli TG. *Kriminoloji*, 1. Baskı. Ankara, Bizim Büro Yayınevi, 1998.
111. Savi F. Ergenlerde duygusal istismar ile benlik algısı ve genel kaygı düzeyi arasındaki ilişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 1999.
112. Erol D. Okulöncesi Eğitim Kurumlarında Görev Yapan Öğretmenlerin Çocuklardaki Fiziksel İstismar Belirtilerine İlişkin Farkındalıkları (Eskişehir İl Örneği). Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2007.
113. Keser İ. *Çocuk Cinsel İstismarı: Diyarbakır Örneği*, 1. Baskı. Adana, Karahan Kitabevi, 2011.
114. Starling SP, Heisler KW, Paulson JF, Youmans E. Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine, Family Medicine, and Pediatric Residents and Program Director. *Pediatrics* 2009,123(4): 596-602.
115. Binngeli NJ, Hart SN, Brassard MR. (2001). Definitions and meanings psychological maltreatment. In: Conte JR (ed). *Psychological maltreatment of children*. 4th ed. Thousand Oaks (CA), Sage Publications 2001: 1-23.
116. Özmen SK. Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2004, 37: 27-39.
117. Lynch M. *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi*, 1. Baskı. Ankara: Gözde Repro Ofset, 1991: 291–294.
118. Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Hemşirelik Bülteni* 1993, 7: 23-32
119. Erkman F. Çocukların Duygusal Ezimi. *Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi Serbest Bildiriler Kitabı*. Ankara: Pelin Ofset, 1999.

- 120.Kır E.Çocuklara yönelik cinsel taciz ve istismara karşı önleyici eğitim çalışmaları. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası Dergisi* 2013, 71(1): 785- 800.
- 121.Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007, 2(4)
- 122.Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004, 47: 140-151
- 123.Ekşi A. *Ben Hasta Değilim*, 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 1999: 531-540.
- 124.Polat O. *Ailenin ve Aile İçerisindeki Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statü Komisyonu Raporu 1. İstanbul Çocuk Kurultayı, İstanbul Çocuk Raporu*. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi, 2000.
- 125.Küntay E, Erginsoy G. *Ticari Seks İşçisi Kız Çocuklar*, 1 Baskı. İstanbul: Bağlam Yayınevi, 2005.
- 126.Polat O. *Cinsel İstismar Rehberi*, İstanbul: Forart Matbaa, 2006.
- 127.Siyez DM. Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2003.
- 128.Tugay D. Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
- 129.Şirin A. *Ailede Çocuğun İstismarı ve Umutsuzluk*. Nobel Kitabevi, 2007.
- 130.Deveci E, Açık Y. Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. *Arşiv* 2003, 12:1: 396-405
- 131.Can ÖM. İstismar ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
- 132.Yalçın N. Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Projesi. İstanbul: Beykent Üniversitesi,2011.
133. Pala B, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Child maltreatment: Abuse and neglect. *Dicle Medical Journal* 2011,38(1), 121-127.

- 134.Gürhan N. *Her Yönüyle Çocuk İstismarı ve İhmali*, 1. Baskı. Ankara,Nobel Tıp Kitap Evi, 2015.
- 135.Tezel A. Çocuğa Yönelik Şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002, 5(1):94-100.
- 136.Unicef. Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz, 2016.
- 137.Özcebe H. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İstismar Bildirimi ve Karşılaşılan Güçlükler. *Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Kongresi*, Ankara, 2009.
- 138.Akçay Ş. İstanbul Üniversitesine Bağlı Tıp Fakültelerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalları İle Travma ve Acil Cerrahi Birimlerinde Görev Yapan Son Dönem Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi, Deneyim ve Davranışlarını Belirleme Araştırması. Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
- 139.Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 1. Baskı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 381-385.
- 140.Ziyalar N. Çocuk istismar ve ihmalinin önlemesi. *Çocuk Forumu* 1999, 2(1): 31-33.
- 141.Kurtay D, Özkök SM, Barlık AY, Yatagan M, Kurtay A, Akman E, Varlık A. *Çocuk ihmal ve istismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması*, Aydın, 2004.
- 142.Öztürk M. *Çocuk hakları açısından çocuk ihmali ve istismarı el kitabı: anne-baba ve öğretmenler için*, 1. Baskı. İstanbul, Çocuk Vakfı Yayınları, 2011.
- 143.<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>
- 144.Sarıyar A. Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van: Van yüzüncü yıl üniversitesi, 2019.
- 145.Türker G. Aile Hekimleri, Hemşire Ve Ebelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2017

- 146.Paek SH, Kwak YH, Noh H, Jung JH. A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. *Medicine (Baltimore)* 2019, 98(2): e14085.
- 147.Burç A. Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanılama Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi,2014.
- 148.Uncu F. Elazığ ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2013.
- 149.Demir H. Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2012.
- 150.Bilgiç H. Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi,2015
- 151.Yıldırım Ş. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi Ve Risk Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Karabük: Karabük Üniversitesi, 2019
- 152.Kabakoğlu H. Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi, 2018.
- 153.Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
- 154.Kara ÖD, Çalışkan ES. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmal konusunda

- bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Araştırmaları* 2014, 49: 57-65.
- 155.Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005, 14(11): 241-6.
- 156.Uslu N. Multidisipliner Ekipte Yer Alan Meslek Gruplarının Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkinin Görüş ve Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes üniversitesi, 2010.
- 157.Kaptan D. Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Avrasya Üniversitesi, 2017
- 158.Külcü DP, Karataş H. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016, 32(1): 48-58.
- 159.Güzelmansur M. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar üniversitesi, 2018.
- 160.Cirit C. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi, 2015.
- 161.Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2012, 26(2): 86-96.
- 162.Yılmaz B. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2015.
- 163.Çatık AN, Çam MO. (2006). Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006, 22: 103-119.

164. Solak Y. Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi. 2018.



EKLER

Ek 1. Özgeçmiş

Adı: Abdullah

Soyadı: Yükseler

Lisans: Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, 2013

Mesleği: Psikolog

Çalıştığı Kurum: Battalgazi İlçe Sağlık Müdürlüğü

Yabancı Dil: İngilizce

Ek 2. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
04.12.2018	22	2018/22-24
<p>Karar No: 2018/22-24 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 04.12.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adi Tıp Anabilim Dalı Prof. Dr. Osman CELBİŞ'in sorumlu araştırmacı olduğu; Battalgazi İlçe Sağlık Müdürlüğü Psikolog Abdullah YÜKSELER'in, yardımcı araştırmacı olduğu; " Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi " başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>		
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi

Ek 3. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771
Konu : Tez Çalışması Hk.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 18/01/2019 tarihli ve E.1458 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Üniversiteniz Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Osman CELBİŞ (sorumlu araştırmacı) sorumluluğunda, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Abdullah YÜKSELER tarafından, Müdürlüğümüze Bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsünde görevli sağlık çalışanları ve Battalgazi İlçesinde bulunan tüm aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimleri ve sağlık çalışanları ile, "Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması yapılması talebiniz Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu tez çalışmasının, 25.02.2019 - 15.06.2019 tarihleri arasında, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü ve Battalgazi İlçesinde bulunan tüm aile sağlığı merkezlerinde, ekte göndermekte olduğumuz araştırma izin başvuru talebi inceleme komisyon karar tutanağında belirtilen hükümler doğrultusunda yapılması hususunda, Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Karar Tutanağı
2- Karar Tutanağı

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Telefon: Faks No: 4223245601

e-Posta: nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Malatya İl Sağlık Müdürlüğü

Kamu Hastaneleri Başkanlığı Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5169dae9-8f98-4a82-9211-82924e036d14 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nesrin KARA

EBE

Telefon No: 4223245603 (1047)

Ek 4. Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Adli tıp ABD yüksek lisans öğrencisi Abdullah YÜKSELER tarafından hazırlanmıştır. Çalışmada, Malatya il merkezinde çalışan sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ankette kimliğinize dair sorular bulunmamaktadır. Elde edilen verilerin yüksek lisans tez çalışması için kullanılacaktır. Bu ankete katılmanızda herhangi bir zorunluluk yoktur. Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına, çocukların korunmasına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız:.....

3) Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekâr

4) Çocuğunuz var mı?

a) Evet b) Hayır

5) Mesleğiniz :.....

6) Eğitim durumunuz;

a) Lise

b) Önlisans

c) Lisans

d) Yüksek Lisans

e) Doktora/ tıpta Uzmanlık

7) Çalıştığınız kurum:

8) Çalıştığınız birim :.....

9) Mesleğinizdeki çalışma yılınız:.....

10) Okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı?

a) evet b) hayır

11) Yanıtınız evet ise süresi.....saat.

12) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminere/konferansa katıldınız mı?

a) evet b) hayır

13) Mesleğe başladıktan sonra çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14) yanıtınız evet ise eğitimi nereden aldınız?

.....

15) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak ister misiniz?

a) Evet b) Hayır

16) Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismarı ve ihmali de aklınızda bulundurur musunuz?

a) Evet b) Hayır

17) Meslek hayatınızda herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaştınız mı?

a) evet b) hayır

18) Yanıtınız evet ise bu durumda ne yaptınız?

.....

19) Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

a) Evet b) Hayır

20) Cevabınız evet ise nereye bir bildirim yaparsınız?

.....

21) Cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

a) Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için

b) Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için

c) Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için

d) Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için

e) Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için

f) başımın belaya gireceğini düşündüğüm için

g)Diğer.....

22) Size göre toplumda en sık karşılaşılan çocuk istismar türü hangisidir?

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

23) Çalıştığınız kurumda çocuk istismar ve ihmaline yönelik talimat yada prosedür var mı?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

24) Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik eğitim aldınız mı?

a) Evet b) hayır

25) yanıtınız evet ise eğitimi kimden(mesleği) aldınız?

.....

26) cevabınız evet ise aldığınız bu eğitimin yeterli ve faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

a) evet b) hayır

27) Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda yasal yükümlülüklerinizin neler olduğunu biliyor musunuz? (cevabınız evet ise açıkla mısınız?)

a) Evet..... b) Hayır

28) Siz çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

a) çok yeterli

b) yeterli

c) kısmen yeterli

d) yeterli değil

e) hiç yeterli değil

29) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyuyormusunuz?

a) evet

b) hayır

Ek 5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

ÇOCUK İSTISMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru	Hiç doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3.	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4.	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar, ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7.	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8.	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9.	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.	Intrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru	Hiç doğru değil
21.	Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.					
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.					
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41.	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42.	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44.	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					
45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yasaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.					
48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru	Hiç doğru değil
49.	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.					
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54.	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55.	Annemin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56.	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57.	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58.	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkendir.					
59.	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
60.	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61.	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmal için bir risktir.					
63.	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.	Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.					
66.	Annemin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					