

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DENİZLİ İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV
YAPAN EBE VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
KONUSUNDAKİ DENEYİMLERİ, BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HAKAN BİLGİÇ**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ – 2015

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DENİZLİ İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV
YAPAN EBE VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
KONUSUNDAKİ DENEYİMLERİ, BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HAKAN BİLGİÇ**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ – 2015

SONUÇ

Yapılan değerlendirme sonucunda

- Aday tarafından başarıyla savunulan tezin Tıpta Uzmanlık Tezi Olarak Kabul Edilmesine
- Jüri tarafından yapılan öneriler doğrultusunda tezinde düzeltme istenmesi ve düzeltildikten sonra Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği madde 19'a göre aynı jüriye yeniden sunulmasına
- Tez savunması yetersiz bulunmuş ve tezin başarısız olarak değerlendirilmesine

Oy Birliği Oy Çokluğu ile karar verildi.

10.03/2015

Doç. Dr. Tamer Ertan

BAŞKAN

(Unvan, Ad, Soyad, İmza)

Doç. Dr. Ayşen Başal

Üye

(Unvan, Adı ve Soyadı, İmza)

Prof. Dr. Okan Başal

Üye

(Unvan, Adı ve Soyadı, İmza)

Bu araştırmanın başından sonuna kadar desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN'e;

Uzmanlık eğitim sürecinde katkılarıyla bizi iyi bir aile hekimi olarak yetiştiren başta anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Tamer Edirne ve diğer hocalarıma;

İyi kötü günlerimizi birlikte geçirdiğimiz, her zaman desteklerini yanımda hissettiğim mesai arkadaşlarıma;

Benim bu günlere gelmemi sağlayan, özveriyle beni yetiştiren sevgili anneme ve babama;

Tezin her aşamasında maddi manevi desteğini esirgemeyen, benim her türlü kahrımı çeken ve bu dönemde bana dünyanın en değerli hediyesi olan oğlumu veren sevgili eşim Kamile Gamze BİLGİÇ'e ve dünyaya gelmesiyle bize mutlulukların en büyüğünü yaşatan oğlum Abdullah Eren'e;

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Hakan BİLGİÇ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
ÖZET	XII
İNGİLİZCE ÖZET	XIV
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
ÇOCUK	3
ULUSLARARASI ALANDA ÇOCUK HAKLARININ GELİŞMESİNE YÖNELİK YAPILAN ÇALIŞMALAR	3
Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi	4
İnsan Hakları Evrensel Beyannameesi	4
Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi	4
Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi .	6
Çocuk Haklarına Dair Avrupa Sözleşmesi	9
ÇOCUK İSTİSMARI	9
Tanım	9

Tarihçe	10
Epidemoloji	11
Çocuk İstismarında Rol Oynayan Etmenler	12
Fiziksel İstismar	13
Sarsılmış Bebek Sendromu	18
Munchausen By Proxy Sendromu	20
Duygusal İstismar	21
Cinsel İstismar	23
İhmal	34
Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi	36
Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü	38
ULUSAL HUKUKTA ÇOCUK HAKLARINA YÖNELİK DÜZENLEMELER	39
GEREÇ VE YÖNTEM	41
ARAŞTIRMANIN AMACI	41
ARAŞTIRMANIN TİPİ	41
ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ZAMAN	41
ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	41
ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	41
ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ	41
ARAŞTIRMAYA KATILIM ORANI	41

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	42
ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ	42
ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ	
DEĞİŞKENLERİ	42
VERİ TOPLAMA ARACI ve YÖNTEMİ	43
VERİLERİN TOPLANMASI	45
VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	45
BULGULAR	46
TARTIŞMA	71
SONUÇ VE ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR	92
EKLER	103
ÇOCUK HAKLARI İLE İLGİLİ TÜRK CEZA KANUNU’	
NDA YER ALAN MADDELER	103
ETİK KURUL ONAYI	119
İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ	120
SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	121
ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve	
RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK	
FORMU	122

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AÇSAP : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

ANOVA :The Analysis Of Variance

ASE : Aile Sağlığı Elamanı

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

ÇİİAÖ : Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler

İÇÜB : İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri

İÇÜFB : İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri

İİÇDB : İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri

İİYÇÖ : İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri

İİYEÖ : İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri

KDKT : Kaza Dışı Kafa Travması

MBP: Munchausen By Proxy Sendromu

NAPNAP : National Association of Pediatric Nurse Practitioners

NCCAN : The National Conference on Child Abuse and Neglect

SBS : Sarsılmış Bebek Sendromu

SD : Standard Deviation

SDK : Subdural Kanama

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1 Katılımcıların genel ölçek ve alt ölçeklerin puan ortalamaları.....	55

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Ebe ve hemşirelerin sosyodemografik bilgileri.....	48
Tablo 2 Ebe ve hemşirelerin öğrenim sırasında Çİİ konusunda eğitimi	49
Tablo 3 Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrası Çİİ konusunda eğitimi	49
Tablo 4 Ebe ve hemşirelerin Çİİ konusunda bilgilenme isteği	49
Tablo 5 Ebe ve hemşirelerin Çİİ olgusu ile karşılaşınca bildirim yapma durumu	50
Tablo 6 Çİİ olgusu ile karşılaştığında bildirim yapmayanların bildirim yapmama nedenleri.....	50
Tablo7 Ebe ve hemşirelerin meslek hayatı boyunca Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu.....	51
Tablo 8 Katılımcıların son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu.....	51
Tablo 9 Çİİ olgusu ile karşılaşıldığında en çok zorlanılan konular	52
Tablo10 Ebe ve hemşirelerin Çİİ olgusu ile karşılaştığında ne yaptıkları	52
Tablo11 Ebe ve hemşirelerin genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo12 Yaş grupları ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	57
Tablo13 Çocuk sahibi olma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	58
Tablo14 Çocuğa bakan kişi ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	60

Tablo15	Eğitim durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	61
Tablo16	Meslekte alışma süresi ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	63
Tablo17	Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin meslek hayatı boyunca İİ olgusuyla karşılaşma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	64
Tablo18	Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin son 1 yıl içerisinde İİ olgusuyla karşılaşma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	65
Tablo19	Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin öğrenim sırasında İİ eğitimi alma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo20	Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin mezuniyet sonrasında İİ eğitimi alma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo21	Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin İİ konusunda eğitim almayı isteme durumları ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	70

ÖZET

Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri

Dr. Hakan BİLGİÇ

Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismarı ve ihmali; “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar” şeklinde tanımlamıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali ciddi olumsuz sonuçları olan küresel bir sorundur. İstismar, şiddete maruz kalan çocukların fiziksel, ruhsal sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin yanında uzun dönemde nörolojik, bilişsel ve gelişimsel problemlere neden olmaktadır. Ayrıca toplumun genel refah ve kalkınma düzeyini de etkilemektedir.

Aile hekimliği disiplininin özelliklerinin başında sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturması gelir. Bu özelliği nedeniyle aile sağlığı merkezleri, çocuk istismarının belirlenmesi konusunda kilit rol oynamaktadır. Dolayısıyla aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler de çocuk istismarı ve ihmali çok önemli bir yere sahiptir.

Çalışmanın amacı; Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki mesleki tecrübelerini, bilgi ve farkındalık düzeylerini saptamaktır.

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Denizli il merkezindeki tüm ASM (Aile Sağlığı Merkezi)’lerde çalışan 178 aile sağlığı elemanı oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiştir. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Evrendeki 165 kişiye (%92.7) ulaşılmıştır. Veriler, tek bir araştırmacı tarafından anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket, 16 sorudan oluşan “Sosyodemografik Bilgi Formu” ve 67 sorudan oluşan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Yönelik Ölçek Formu”ndan oluşmaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızdaki ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda genel bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Bu konuda hem öğrenim sırasında hem de mezuniyet sonrası verilen eğitimlerin yeterli olmadığı ve bilgi düzeyini çok fazla etkilemediği görülmüştür. Ebe ve

hemşirelerin ocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeyleri yeterli, etkin ve kapsamlı şekilde düzenlenen eğitim faaliyetleri ile arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ebe ve hemşire, ocuk istismarı ve ihmali, bilgi, farkındalık, aile sağlığı merkezi.

SUMMARY

Experiences, Information and Awareness Levels of Midwives and Nurses Working at Family Health Centers in City Center of Denizli about Child Abuse and Neglect

Dr. Hakan BİLGİÇ

World Health Organization describes child abuse and neglect as “all those behaviours acted deliberately or not by an adult, a society or by a government and affecting a child’s health, physical and psychosocial development negatively”.

Child abuse and neglect is a global issue which has seriously negative results. Abuse results in neurologic, cognitive and developmental problems in long terms as well as negative effects on physical and mental health of children who has been exposed to violence. It also affects the general prosperity and development level of the society.

To establish the first medical contact by health care system is the main part of discipline of family practice. For this reason family health centers are play a key role for detecting child abuses. Accordingly, midwives and nurses working at family health centers have a significant role in child abuse and neglect.

The aim of the study is to determine professional experiences, information and awareness levels of midwives and nurses working at family health centers about child abuse and neglect.

This research is a sort of defining cross-sectional study. The universe of the research consists of 178 midwives and nurses that all work at family health centers in city center of Denizli. The sample has not been selected. The aim is to reach the whole universe. 165 midwives and nurses (%92.7) have been reached in this universe. The data has been gathered by a researcher via survey method. The survey consists of 16 questions about “Sociodemographic Information Forms” and 67 questions about “Scale Forms for Diagnosing the Indications and Risks of Child Abuse and Neglect”.

In conclusion, midwives and nurses who are in this study have not the information and awareness enough about child abuse and neglect. At this matter, the study shows that the education given both during studying and after graduation are

not sufficient and affect the information level poorly. The information levels of midwives and nurses about child abuse and neglect should be enhanced with sufficiently, effectively and extensively arranged education activities.

Keywords: Midwife and nurse, child abuse and neglect, information, awareness, primary care.

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk, masum, duyarlı, bağımlı ve gelişmekte olan bir insandır; ayrıca meraklı, canlı ve umut doludur. Bu dönemini oynayarak, öğrenerek ve gelişerek geçirirse hem kendisi mutlu olur, hem de ileride toplumun refahı ve mutluluğuna katkıda bulunur. Bu sebeple ülkeler gelişmek, barış ve refah içinde yaşamak için çocukların sağlıklı büyümelerini ve yetenekleri doğrultusunda gelişmelerini sağlamalıdır.

Çocuk, insan olarak sevgi ve şefkate ihtiyaç duyması ve toplumun da önemli bir parçası olmasından dolayı korunmalıdır. Toplumda çocuklara karşı şiddet konusunda bilinç oluşturulması ve farkındalığın artırılması, o toplumun gelişmesine önemli bir katkı sağlayacaktır (1).

Her çocuğun şiddetten arındırılmış bir toplumda sağlıklı ve huzurlu bir şekilde yaşama hakkı vardır. Ancak her yıl dünya çapında milyonlarca çocuk fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete maruz kalmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmali ciddi olumsuz sonuçları olan küresel bir sorundur. İstismar, şiddete maruz kalan çocukların fiziksel, ruhsal sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin yanında uzun dönemde nörolojik, bilişsel ve gelişimsel problemlere neden olmaktadır. Ayrıca toplumun genel refah ve kalkınma düzeyini de etkilemektedir.

Sonuç olarak çocuk istismarı ve ihmali; insan hakları, hukuk ve sosyal yönüyle ciddi bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır ve birçok yönüyle toplumun her kesimini ilgilendirmektedir (2).

Şüphesiz ki bu konuda sağlık çalışanlarına da çok önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Çünkü istismar olgularının ortaya çıkarılması, tedavisi, ilgili kurumlara bildirilmesi, bu konudaki risk faktörlerinin belirlenmesi, rehabilitasyon, eğitim, danışmanlık hizmetleri gibi birçok konuda hizmet vermektedirler.

Aile hekimliği disiplininin özelliklerinin başında sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturması gelir (3). Bu özelliği nedeniyle aile sağlığı merkezleri, çocuk istismarının belirlenmesi konusunda kilit rol oynamaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler de çocuk istismarı ve ihmali konusunda çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle bağışıklama, gebe takibi, aile planlaması, evde bakım hizmetleri gibi birçok alanda görev yapmaktadırlar. Bu sırada istismar

vakalarının erken tanısı, istismara eğilimli ailelerin saptanması mümkün olabilmektedir. Bu nedenle birinci basamakta çalışan ebe ve hemşireler çocuk istismarından korunma önlemlerinin her basamağında rol almaktadır. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda kapsamlı bir bilgiye sahip olması, bu vakaları ve istismara yatkın aileyi saptayabilmesi, iyi bir gözlemci olması gerekmektedir.

Çalışmanın amacı; Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki mesleki tecrübelerini, bilgi ve farkındalık düzeylerini saptamaktır.

GENEL BİLGİLER

ÇOCUK

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuk, "Ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır" şeklinde tanımlanmaktadır (4). Ülkemizdeki 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'na göre 18 yaşını doldurmamış kişi, ayrıca 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre de daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk sayılır (5,6).

Çocuklarımız, toplumumuzun gelişmesinde ve kalkınmasında, yarınlarda büyük görevler üstleneceklerdir. Sağlıklı, başarılı, üretken ve mutlu bir geleceğin oluşabilmesi için çocukların sağlıklı olarak gelişmelerinin büyük önemi vardır.

Çocuk, bütün canlılar içinde en uzun süre bakım, koruma ve sevgi gösterilen varlıktır. Çocuk için ailenin önemi büyüktür. İnsan yaşamında, doğumdan önce başlayan ve hayatın sonuna kadar etkisi devam eden bir kurum olarak aile, fizyolojik olduğu kadar ekonomik, kültürel ve toplumsal yönleriyle de çocuğun gelişimini, davranışlarını biçimlendirip yönlendirmektedir. Aile, çocuğun büyüme ve gelişmesinde en önemli ortam ve toplumsal kurum olmaktadır (7).

Çocuğa karşı sevgi ve şefkat göstermek, onu bir aile bireyi olarak kabul etmek, onun kişiliğine saygı duymak, başarılarını övgüyle karşılamak, kendisini anlamaya çalışmak, bağımsızlık kazandırmak, ona karşı dürüst bir otorite olmak gerekmektedir (5).

ULUSLARARASI ALANDA ÇOCUK HAKLARININ GELİŞMESİNE YÖNELİK YAPILAN ÇALIŞMALAR

Çağdaş uygarlığın ve toplumun önemli bir unsuru olan çocuğun yetişmesi; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlâkî gelişimi ile ilgili önlemlerin alınmasının yanında, onun aile ve toplum içindeki yerini düzenleyen hukuk kurallarına da bağlıdır.

Hukuk; toplumsal hayatı düzenleyen ve uyulması kamu gücüyle desteklenen kuralların bütünüdür. Hukukun çocuklara özgü, diğer bir deyişle çocuk haklarını düzenleyen dalı da "çocuk hukuku" olarak adlandırılmaktadır (1).

Çocuk hukukunun ortaya çıkmasıyla birlikte uluslararası alanda birçok bildirgeler yayınlanmış, sözleşmeler imzalanmıştır.

Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi

1.Dünya Savaşı'nın ardından çocukların korunması konusunda, 1920 yılında Cenevre'de "Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği" adıyla bir örgüt kurulmuş ve bu örgüt 1923 yılında "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi"ni yayınlamıştır. Sonrasında Milletler Cemiyeti tarafından 1924 yılında yayınlanmış ve kabul edilmiştir. Bu bildirge, 1931 yılında Mustafa Kemal Atatürk tarafından imzalanmış ve Türkiye tarafından kabul edilmiştir.

Bu bildirgede; çocuğun gelişmesi, korunması, eğitilmesi, kardeşlik ve barış ruhu içinde yetiştirilmesi ilkelerini içeren beş madde bulunmaktadır (8).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (10 Aralık1948)

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nca 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilmiştir. Türkiye'de Bakanlar Kurulu tarafından kabul edildikten sonra 27 Mayıs 1949 tarihli ve 7217 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

Bu bildiride genel olarak çocuk-erişkin ayrımı yapılmaksızın insan haklarından bahsedilmiştir; 25. maddenin 2. fıkrasında çocuklarla ilgili olarak "Analık ve çocukluk özel ihtimam ve yardım görmek hakkına sahiptir. Bütün çocuklar, evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı sosyal korunmadan faydalanırlar" hükmüne yer verilmiştir (9).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi (20 Kasım 1959)

İlerleyen yıllarda çocuk hakları üzerine yapılan çalışmalar sonucunda oluşturulan "Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi" 1959 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiştir. Bildirge, önsöz ve 10 temel ilkedен oluşmuştur (10):

İlke 1: Çocuk, bu bildirgede öne sürülen haklardan yararlanır. Her çocuk, kendisinin ya da ailesinin ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka bir görüş,

ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuş ve başka bir statü bakımından herhangi bir ayırım yapılmaksızın bu haklara sahiptir.

İlke 2: Çocuk, özel olarak korunur, yasalar ve başka yollarla sağlıklı ve normal biçimde, özgürlük ve saygınlık koşullarında bedensel, zihinsel, ahlaki, manevi ve toplumsal olarak gelişmesine olanak sağlayacak fırsat ve kolaylıklardan yararlanır. Bu amaçla çıkarılacak yasalarda, çocuğun çıkarları önde gelir.

İlke 3: Çocuğun doğuştan başlayarak bir isme ve vatandaşlığa hakkı vardır.

İlke 4: Çocuk, toplumsal güvenlik olanaklarından yararlanır. Sağlık içinde gelişme ve yetiştirme hakkı vardır. Bu amaçla kendisine ve annesine özel bakım ve korunma olanakları sağlanır. Bu olanaklar doğum öncesi ve doğum sonrası bakımı da içerir. Çocuğun, yeterli beslenme, barınma, eğlenme ve sağlık hizmetleri alma hakkı vardır.

İlke 5: Bedensel, zihinsel ve toplumsal bakımdan özürlü çocuğa özel durumunun gerektirdiği gibi davranılır ve özel eğitim ve bakım sağlanır.

İlke 6: Çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu gelişmesi için sevgi ve anlayışa gereksinimi vardır. Ana-babanın bakım ve sorumluluğu altında ve her durumda yakınlık, maddi ve manevi güvenlik ortamında elden geldiğince yetiştirilir. Ailesiz ve yeterli destekten yoksun çocuklara özel bakım sağlamak, toplum ve kamu makamlarının ödevidir. Çok çocuklu ailelere çocuklarının korunması amacıyla devlet tarafından ve başka kaynaklardan yardım sağlanır.

İlke 7: Çocuğun, en azından ilköğretim aşamasında ücretsiz ve zorunlu bir eğitim almaya hakkı vardır. Çocuğa, genel kültürünü geliştirmeye yarayacak ve eşitlik temeli üzerinde yeteneklerini, yargı gücünü, manevi ve toplumsal sorumluluk duygusunu geliştirmesine ve yararlı bir toplum üyesi olmasına olanak sağlayacak bir eğitim verilir.

Çocuğun eğitiminden ve rehberliğinden sorumlu olanlar için yol gösterici ilke, çocuğun çıkarlarıdır. Bu sorumluluk her şeyden önce ana babasınındır.

Çocuk, eğitimle aynı amaçlara yönelik oyun ve eğlenme konusunda tüm olanaklarla donatılır; toplum ve kamu makamları çocuğun bu haktan yararlanma olanaklarını artırmaya çaba gösterir.

İlke 8: Çocuk her durumda korunma ve yardımdan ilk yararlanacaklar arasındadır.

İlke 9: Çocuk, her türlü ihmal, zulüm ve sömürüye karşı korunur. Çocuk, her ne biçimde olursa olsun alım-satım konusu olamaz.

Çocuğun, uygun bir yaş sınırına ulaşmadan önce çalışmasına izin verilmez; hiçbir durumda sağlık ve eğitime zarar verecek ve bedensel, zihinsel ya da ruhsal gelişmesine engel olacak bir işte çalışmasına yol açılıp izin verilemez.

İlke 10: Çocuk ırk, din ve başka herhangi bir ayrımcılığı besleyen uygulamalardan korunur. Anlayış, hoşgörü ve halklar arasında dostluk, barış ve evrensel kardeşlik ruhuyla, güç ve yetkilerini insanlığın hizmetine sunması gerektiği bilinciyle yetiştirilir.

Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (20 Kasım 1989)

Bildirgeler, devletler tarafından kabul edilen, uyulmadığı takdirde bağlayıcılığı ve yaptırımı bulunmayan ilan edilmiş genel ilkelerdir. Sözleşmeler, kendisine taraf olan devletleri bağlayan bir yasa niteliğindedir. Bu sebeplerle zaman içinde çocuk haklarının da bağlayıcı bir sözleşme ile güvence altına alınması gerekliliği doğmuştur. Bu nedenlerle Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilmiş ve 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşme, Türkiye tarafından 14 Eylül 1990 tarihinde imzalanmış ve 27 Ocak 1995'te Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (11).

Sözleşme önsöz ve üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, 18 yaşın altındaki her insanın çocuk sayıldığı ve çocukların sahip oldukları haklar ve bunların gerçekleştirilmesi için devlete düşen görevler düzenlenmiştir (madde 1–41). İkinci kısımda, sözleşmede yer alan hakların taraf devletlerce uygun araçlarla yetişkinlere ve çocuklara yaygın biçimde öğretilmesi yükümlülüğü yer almaktadır (madde 42). Üçüncü kısımda sözleşmenin yürürlüğe girmesi ve sözleşmeye uyulması konuları yer almaktadır (madde 43–54).

Sözleşme, çocuklara yönelik tutum ve davranışlara ilişkin evrensel standartları derleyip tek bir hukuki metinde toplayan ve bağlayıcı olan ilk belge olma özelliğini taşımaktadır. Yaşam, sağlık ve eğitim alanlarında gözetilecek standartları belirlemenin yanı sıra bu sözleşme, evde ya da iş yerinde, savaş sırasında ya da iç çatışma dönemlerinde şiddet ve istismara karşı çocuklara açık bir koruma getirmeyi

amaçlamaktadır (12). Bu amaçla, çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düzenlenen bazı maddeler şunlardır (4):

Madde 2

1. Taraf devletler, bu sözleşmede yazılı olan hakları kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler.

Madde 3

1. Kamusal ya da özel sosyal yardım kuruluşları, mahkemeler, idari makamlar veya yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde çocuğun yararı temel düşüncedir.

Madde 6

1. Taraf devletler her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

2. Taraf devletler çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

Madde 9

1. Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, taraf devletler, çocuğun, ana-babasından, onların rızası dışında ayrılmamasını güvence altına alırlar. Ancak, ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılmasıya da ihmal edilmesi durumlarında da ana-babanın birbirinden ayrı yaşaması nedeniyle çocuğun ikametgâhının belirlenmesi amacıyla karara varılması gerektiğinde bu tür bir ayrılık kararı verilebilir.

Madde 19

1. Bu Sözleşmeye taraf devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suiistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

2. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Madde 20

1. Geçici ve sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuk devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olacaktır.

Madde 32

1. Taraf devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitime zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkını kabul ederler.

Madde 33

Taraf devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

Madde 34

Taraf devletler, çocuğu her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla taraf devletler özellikle:

a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;

b) Çocukların fuhuş ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulması sömürülmesini;

c) Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemleri alırlar.

Madde 35

Taraf devletler, her ne nedenle ve hangi biçimde olursa olsun, çocukların kaçırmaları, satılmaları veya fuhuşa konu olmalarını önlemek için ulusal düzeyde ve ikili ve çok yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

Madde 36

Taraf devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar.

Madde 37

a) Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tabi tutulmayacaktır.

Madde 39

Taraf devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir.

Çocuk Haklarının Korunmasına Dair Avrupa Sözleşmesi (25 Ocak 1996)

Bölgesel nitelikte olan bu sözleşme Türkiye tarafından 9 Haziran1999'da imzalanmış, 18 Ocak 2001'de de onaylanmıştır. Çocukların adli bir merci önünde boşanma, velayet ve şahsi ilişki kurulması gibi kendilerini etkileyen aile hukuku davalarına katılmak, tercih ve görüşlerini açıklamak ve bilgilendirmek olanağı tanınmak ve görüş ve arzuları da dikkate alınmak suretiyle çocuğun en fazla yararına olabilecek çözümlerin bulunması amacına yönelik hükümler bu sözleşmede yer almaktadır (12).

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ

Tanım

Çocuk istismarı ve ihmalinin evrensel bir tanımını yapmak oldukça zordur. Bu zorluk toplumsal ve kültürel değerler, konunun birçok disiplini ilgilendirmesi gibi

birçok nedenden dolayı oluşmaktadır. Bir toplumda çocuğa karşı yapılan hangi davranışların çocuk istismarı ve ihmali olarak algılanacağını; o toplumda bulunan bireylerin değerleri, inançları, çocuğa yönelik uygulanan disiplin yöntemleri, çocuk gelişimi ile ilgili bilgileri ve aile ilişkileri belirlediğinden, çocuk istismarı ve ihmali evrensel bir biçimde tanımlamak oldukça güçtür (13).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar” çocuk istismarı olarak değerlendirilir (14).

Çocuk istismarı ve ihmali kavramı; çocukların ana babaları gibi onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde oldukları kişiler tarafından; bedensel ve/veya psikolojik sağlıklarına zarar verecek, sosyal gelişimlerini engelleyecek biçimde uygulanan tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumları, ihmali, ticari amaçlı sömürüyü kapsar (15).

İstismar olgularının sonuçları, ceza amacıyla çocuğun kalçasına atılan ufak bir tokat ya da çimdiğin neden olduğu bir ekimozdan psikotik bir anne-baba ya da bakıcının neden olduğu ölüme kadar uzanır. Sonuç olarak; aile içinde çocuğa karşı kötü tutum uygulanması (istismar olgusu) ya da bilinçli veya bilinçsiz olarak çocuğa hak ettiği bakımın ve ilginin gösterilmemesi (ihmal olgusu) sonucunda çocuğun normal büyüme ve gelişimini tamamlayamaması ile iyilik durumu dışında olması ve cinsel açıdan sömürülmesi de istismar ve ihmal olarak tanımlanabilir (13).

Tarihçe

Çocuk istismarı, yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda görülebilmektedir, ancak insanlık son yüzyıl içerisinde bu konu üzerine yoğunlaşmıştır. 1860 yılında Tardieu tarafından tıbbi literatürdeki ilk tanımlama yapılmadan önce, Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değindikleri görülmektedir. Uzun bir süre sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematoma ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır. 1962 yılında Kempe, ilk kez hırpalanmış çocuk sendromu (Battered Child Syndrome) terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini çocuk istismarı (child abuse) terimine bırakmıştır (14,15).

1978 yılında Ruth ve Kempe, çocuklarda cinsel istismarı; “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 tanımlamıştır(11).

Bütün bu gelişmeler içerisinde en önemli olanı Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında imzalanan “Çocuk Hakları Sözleşmesi” olmuştur. Sözleşmenin 19. maddesi, çocuğun bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması şartını getirmiştir.

Epidemioloji

ABD’de 2012 yılında yayınlanan son raporda 2010 yılı içinde yaklaşık 754000 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 (2.07/100000). Ek olarak 3.3 ile 10 milyon arasında çocuk da aile içi şiddete tanık olmuştur (16).

İsrail’de 2008 yılında koruma servislerine çocuk istismarı ile ilgili 34000 yeni vaka başvurusu olmuştur (her 1000 çocuktan 16’sı) (17).

Cristoffersen ve DePanfilis 2009 yılındaki çalışmasında, çocukların %12.0’nin fiziksel istismara, %38.0’nin fiziksel ihmale, üçte birinin ise psikolojik istismarın çeşitli türlerine maruz kaldığını bildirmişlerdir. Amerikan Çocuk Koruma Servisleri de her 1000 çocuktan 4’ünün cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Wu, Berenson ve Wieman 2003 yılındaki çalışmasında, yaşamları boyunca en az bir kez cinsel saldırıya maruz kaldığını bildiren adolesanların oranı %21.0 olmuştur (18).

Kanada’da 2006 yılında polise bildirilen vakalar değerlendirildiğinde çocuk ve gençlere yapılan cinsel saldırı sayısı erişkinlere göre 5 kattan daha fazla bulunmuştur (190/100.000, 35/100.000); 18 yaş altı insanların 334/100.000’i arkadaşları veya bir tanıdıkları tarafından fiziksel veya cinsel şiddete, 187/100.000’i aile içi şiddete, 101/100.000’i de yabancılar tarafından şiddete maruz kalmışlardır (19).

Kayıtların yetersizliği, akademik çalışmaların yeterli sayıda olmaması ülkemiz için sağlıklı veriler elde etmeyi zorlaştırmaktadır (20). Bunun yanında yapılan bazı çalışmalar da bulunmaktadır. Irmak 2008 yılındaki araştırmasında, 12-17 yaş

arasındaki ergenlerle yaptığı çalışmada fiziksel istismar oranı %48.0, ihmal oranı %17.0 ve cinsel istismar oranı %8.0 olarak bulmuştur (21). Kaynar ve ark.'nın 2007 yılındaki çalışmasında, öğrencilerin %60.1'inin çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete uğradıklarını saptamışlardır (22). UNICEF'in önerisiyle Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun 2008 yılında yaptığı araştırmada 7-18 yaş grubu çocukların, son bir yıl içinde maruz kaldıkları, deneyimledikleri ihmal ve istismar irdelenmiştir. Çocukların %25.0'ının ihmale maruz kaldığı görülmüştür. Duygusal istismar alanında istenmeyen davranışlara maruz kalma tüm 7-18 yaş grubu genelinde her iki çocuktan biri için gerçekleşmiştir (%51.0). Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı %45.0'dır. Cinsel istismara maruz kalanların oranı ise %3.0 olarak bulunmuştur (23).

Çocuk İstismarında Rol Oynayan Etmenler

Çocuk istismarında rol oynayan faktörler 4 grup altında toplanmıştır (24).

Ebeveyn açısından; genç, tek ebeveynlik, istenmeyen hamilelik, düşük ebeveynlik becerisi, şiddete maruz kalma, madde bağımlılığı, uygun olmayan ebeveynlik bakımı, fiziki ve mental hastalık, iletişim problemleri.

Aile özellikleri; büyük/kalabalık aile, düşük sosyoekonomik durum, sosyal izolasyon, yüksek stres düzeyi, ailede istismar öyküsü, parçalanmış aile, üvey ebeveyn varlığı.

Çocukla ilgili olarak; cinsiyet, prematürite, yetersizlik/engellilik, huysuz/huzursuz çocuk, kronik hastalık.

Çevre/Topluluk özellikleri; çocuğu koruyan kanunların olmaması, çocuğun değerinin düşük olması, sosyal eşitsizlikler, organize şiddet (yüksek suç oranı), medyada şiddet, şiddetin sosyal kabul görmesi, kültürel değerler.

Çocuk İstismarının Tipleri

Çocuk istismarı temel olarak 4 gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Fiziksel İstismar
2. Cinsel İstismar
3. Duygusal İstismar
4. İhmal'dir (2).

1.Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, “çocuğun kaza dışı yaralanması” olarak tanımlanır. On sekiz yaşından küçük çocuk ya da gencin anne, baba ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması ya da yaralanma riski taşımasıdır (25). İtaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde ya da iz bırakmasa da şiddet uygulayarak çocuğa bir zarar verilmesidir (26). Bu tür travmalar en sık dövme şeklinde görülür. Ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalar en tipik başvuru şeklidir (12). Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar olasılığı akla getirilmelidir (20).

Çocukta çürük ve bereler, kırıklar, abdominal yaralanmalar, kafa travmaları, yanıklar, travmatik alopesi, boğulma, zehirlenme, frenulum yırtılması, insan ısırığı izleri, sık ve tekrarlanan yaralanmalar ve enfeksiyonlar şeklinde görülebilir (12).

Çocuğun fiziksel istismarına her yaş grubunda raslanılmaktadır. Bununla birlikte infantların ve çok küçük yaştaki çocukların fiziksel istismara uğrama riski daha fazladır. ABD’de 2010 yılında kötü muamele nedeniyle 1560 çocuğun öldüğü tahmin edilmektedir. Bu çocukların %80.0’ı 4 yaşından daha küçüktür. Ölümünün %65.0’ı fiziksel istismar ve/veya fiziksel ve diğer türlerle kombine istismar nedeniyle olmuştur (27, 28).

Yapılan çalışmalar, kız ve erkekler arasında fiziksel istismara uğrama ihtimali açısından herhangi bir fark olmadığını göstermektedir. Fiziksel istismar, en çok 4–8 yaş grubu çocuklarda görülür ve yaşla birlikte istismar oranları azalmaktadır (25).

Çocuklar birlikte yaşadığı ebeveyn, kardeş veya başka bir aile bireyi tarafından aile içi veya aile dışı(arkadaşı, öğretmeni veya tanımadığı) biri tarafından istismara uğrayabilirler (29).

Kozcu’nun çalışmasında; çocuğun yaşı arttıkça anne-baba tarafından ona uygulanan fiziksel istismarın azaldığı; 0–3 yaş arası çocukların %76.0’nın anneleri tarafından istismar edildiği belirtilmiştir. Hem anne hem baba tarafından 16 yaşına kadar istismar yoğun iken, 16–18 yaşları arasındaki çocukların daha çok anne-babaları dışındakiler tarafından istismar edildikleri bulunmuştur (30).

Fiziksel istismarın bir diğerk önemli faktörü de bazı vakaların fiziksel ceza nedeniyle oluşmasıdır. Çoğu toplumda genellikle disiplin amaçlı fiziksel cezalandırma yöntemleri geleneksel bir disiplin yöntemi olarak kullanılmaktadır.

ABD’de ailelerinin %90.0’ından fazlasının popoya şaplak atma gibi bir fiziksel cezalandırma yöntemini disiplin yöntemi olarak kullandıkları bulunmuştur (31). Türkiye’de çocuğa uygulanan disiplin yöntemleri ve çocuk istismarı konusunda yapılmış çalışmalar çok yetersizdir, ancak kullanılan disiplin yöntemleri arasında özellikle fiziksel şiddet içeren davranışların yaygın olduğu bilinen bir durumdur (32). Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyonu Derneği, 6–12 yaş ilkokul öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak dayanın kullanıldığı olguların görülme oranı %85.0’a ulaşmaktadır. Öğretmenlerin, “tokat atma” veya “saç çekme” gibi davranışları dayak olarak değerlendirmemesi, sadece vücuda zarar veren davranışların bu kapsamda ele alındığını göstermektedir (33). Ayrıca “Dayak, cennetten çıkmadır”, “Annenin/Öğretmenin vurduğu yerde gül biter”, “Kızını dövmeven dizini döver” gibi ülkemizde herkesin dilinde olan atasözleri de ebeveynlerin çocuklarına karşı uyguladıkları davranışların toplum tarafından kabul edildiğini gösteren bir durumdur (12).

Engelli çocuklar, evlilik dışı doğan, hızlı sosyokültürel değişim içinde büyüyen, savaşın olduğu ülkelerde yaşayan çocuklar, çok çocuklu ailelerin çocukları, üvey ebeveynle yaşayan çocuklar, eğitimsiz, kendisi de istismar görmüş kişilerin çocukları, aile içi geçimsizlik, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuklar istismar için risk taşıyan çocuklardır (12). Düşük sosyoekonomik seviye, alkol veya uyuşturucu kullanımı, genç ebeveyn ve tek ebeveyn olması da istismar konusunda risk oluşturmaktadır (34).

Sosyoekonomik durumun yetersizliği, aile içi sorunlar, çocuklarına karşı çok eleştirici ve katı aile yapısı, anne babanın duygusal problemleri, kalabalık aileler, sosyal destekten yoksun aileler, eğitim eksikliği, aile içi şiddetin varlığı, toplumda çocuğun değerinin düşük olması, çocuğu koruyan yasa ve kanunların yetersizliği gibi durumlarda çocuk istismarı olarak değerlendirilebilecek cezalandırma yöntemleri daha sık kullanılmaktadır. Bununla birlikte çocukluklarında istismara uğramış anne babaların kendi çocuklarına karşı daha örseleyici disiplin yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir (32).

Fiziksel İstismarda Tanı ve Klinik Bulgular

Genellikle fiziksel istismar olayında olayın maskelenmesi ve saklanabilmesi için çocuk bir kaza hikayesi ile doktora getirilir. Anlatılan öykünün gerçekten çocuğun gelişimine uygun olup olmadığına dikkat edilmesi çok önemlidir.

Fiziksel istismar öykülerinde oldukça sık rastlanılan bazı özellikler vardır. Bunlar tanı koymak ve sonuca ulaşmak için sağlık çalışanlarına oldukça yardımcı olmaktadır (35).

Kliniğe gelen olgular içinde aşağıdaki özelliklerin bulunması çocukta fiziksel istismar için özgün bulgulardır:

- Tedaviye başvurmada izah edilemeyen gecikme,
- İlk gelişte verilen öykünün sonradan değiştirilmesi,
- Tek tek verilen ebeveyn öykülerinde farklılık,
- Çocuğun yaş ve gelişim durumu ile uyum sağlanamayan öyküsü,
- Çocuğun kardeşinin suçlandığı yaralanmalar,
- Ebeveynde veya bakıcıda düşmanca tavırlar (35).

Ayrıca kliniğe gelen olgularda saptanan aşağıdaki muayene bulguları, fiziksel istismara özgüdür ve düşünülmesi gerekir:

-Çocuk aşırı derecede hassas veya tam tersi duyarsızdır. Ağrılı uyarılara karşı fazla duyarlı değildir.

-Öyküde belirtilen süreden daha eski dönemde lezyonların oluştuğunu düşündüren bulgular vardır.

-Değişik türde yanık ve kesi lezyonlarının birlikte bulunması,

-Tek bir sebebe bağlı çok sayıda lezyonun bulunması (çok sayıda sigara yanığı gibi)

-Çeşitli şekillerde flaster veya sargıyla örtülmeye, saklanmaya çalışılan yaraların bulunması,

-Bulunmaması gereken bölgelerde, dil, dudak ve frenulumda lezyonlar olması

-Kanama bozukluğu ya da kollajen doku hastalığına bağlı olmayan morlukların, lezyonların olması.

-Isırık veya el izi şeklindeki berelenmelerin yetişkin boyutunda olması.

-Bir yanık varsa kenarlarının düzgün sınırlı ve yanığın tek tip derinlikte olması.

-Bir yanık varsa yanığın eldiven ya da çorap dağılımında olması (36).

Fiziksel İstismarda Genel Klinik Bulgular

Çocuklara yönelik fiziksel şiddet hafif olduğunda vücutta hiçbir iz bırakmayabilir. Daha şiddetli olduğunda ise deri başta olmak üzere pek çok organ ve sistemler bulgu gösterebilir (12).

A-İstismarda görülebilecek genel deri bulguları:

1-İnsan ısırıkları: İnsan ısırıkları büyük oranda istismarı gösterir. Bebeklerde görüldüğü yerler ile büyük çocuklarda görüldüğü yerler arasında farklılıklar vardır. Bebeklerde kalça ve genital bölgeye yakın bölgelerde ceza amacıyla yapılırken, daha büyük çocuklarda ise cinsel amaçlı ve saldırıya bağlı olarak oluştuğu bildirilmektedir.

2-Sıyrıklar: Yumuşak doku yaralanmalarında sıyrıklar temel bulgulardandır. Çoğunlukla fiziksel istismar sonucu gelişmektedir. Kaza veya oynarken düşmeye bağlı sıyrıklar özellikle diz ve dirseklerdedir. Bu bölgelerde birbirine paralel fazla sayıda sıyrık olması kemer veya iple vurma gibi olayları düşündürmelidir. Yüz bölgesi dikkatli incelenmesi gereken bölgelerden biridir. Oral mukoza ve dudaklarda da erozyonlar veya laserasyonlar görülebilir. Tırnak izine bağlı sıyrıklar da izlenebilir. Yüz, kulaklar, dudaklar, boyun, göğsün yan kısmı, ön karın, yanak ve göğüs bölgesinde parmak ve el izinin çıktığı durumlarda istismar olasılığının çok kuvvetli olduğu unutulmamalıdır.

3-Ekimozlar: Başlangıçta kırmızı renkte olan bu deri lezyonları zamanla mor, yeşil ve sarıya dönüşüp daha sonra tamamen silinip absorbe edilirler. Vücutta travmanın uygulanmasına bağlı olarak en sık görüldüğü bölgelerin kol ve bacak çevresinde özellikle bilek ve ön kol, kolun üst kısmı, uyluk ve küçük bebeklerde ayak bilekleri çevresi olduğu bildirilmektedir. Uyluktaki ekimozlar daha az sıklıkta görülür. Öte yandan bacağın dış kısmında görülen lezyonlar cinsel amaçlı bir istismarı gösterebilmektedir.

4-Yanıklar: Yanıklar kaza, ihmal ya da istismar sonucu meydana gelirler. İstismar amaçlı yanıklar en sık üç ve daha büyük yaşlarda, kaza kökenliler ise en sık iki yaşından önce görülürler.

5-Haşlanmalar: Sıcak su veya içecekler ile meydana gelir. Büller ve erozyonlarla karakterizedir.

6-Temas yanıkları: Sıcak metallerin temasından sonra oluşur. Sınırları belli ve kullanılan objenin şekline uygun kuru bir lezyonla karakterizedir.

7-Friksiyon yanıkları: Çocuğun sıcak zeminde sürüklenmesi sonucu oluşan sürtünme yanıklarıdır. Kemik yapının olduğu yerlerde daha fazla görülür.

8-Kimyasal yanıklar: Deriyi boyar ya da sekel bırakır.

9-Radyasyon yanıkları: Güneşe uzun süre maruz kalanlarda ya da uzun süre ateş kenarında oturanlarda görülür. Vücudun belli bir yanında giysisiz kısımlarda izlenir. Deri eritemlidir ve bül oluşumu gözlenir. Yanıkların derinliği ısıyla ve maruz kaldıkları süreyle doğru orantılıdır.

10-Dermatitis artefakta: Psikoz, mental retardasyon, Oluşturulmuş Hastalık Sendromu gibi birçok değişik psikopatolojik durumun dermatitis artefakta ile birlikteliği rapor edilmişken, istismar ile dermatitis artefakta ilişkisi literatürde çok az ele alınmıştır. Dermatitis artefakta tanısı konan çocuk hastalarda cinsel istismar olabileceği şüphesi mutlaka akılda tutulmalıdır (37).

B-İskelet sistemi bulguları:

İskelet hasarı, hemen veya daha iyi bir tanı için gerekli olduğu takdirde iki hafta sonra çekilen röntgen filmi ile tanı alır. Bebek kötüye kullanımının en tanımlayıcı radyolojik bulgusu köşe kırığı (corner fracture) veya kova sapı kırığı (bucket handle fracture) adı verilen metafizyel lezyonlardır. Bunlara ek olarak, posterior kosta kırıkları, skapular kırıklar, spinöz proses kırıkları ve sternal kırıkların olması da çocuk kötüye kullanımında tipiktir, çünkü kaza ile oluşma olasılığı düşüktür (38).

C-İç organ yaralanmaları:

İç organ hasarları en sık karın bölgesinde görülmektedir. Kafa travmalarından sonra ikinci ölüm nedenidir. Genellikle doğrudan darbe ile oluşurlar. Karın yaralanmaları içinde karaciğer hasarları en sıktır. Travma ve hematoma gelişimine en uygun yerler karının üst ortası ve göbek çevresidir. İnce barsaklarda, duodenum ve jejunum hasarın en sık olduğu bölgelerdir. Çocuklarda doku kalınlığı az olduğu için kopmalar oluşabilir (12).

D-Santral sinir sistemi:

Süt çocuklarında sallama veya başa vurma sonucu kafa içi zedelenme görülebilir. Bu durumda yaygın beyin ödemi gelişebilir veya subdural hematoma

nedeniyle kafa içi basıncı artabilir. Kafa içi basıncının artışına bağlı huzursuzluk veya letarji, hipotoni, fontanel bombeliği, baş çevresinin artışı, kafa içi kitleye bağlı fokal bulguların varlığı, koma, konvülsiyon, bradikardi, apne veya kardiyopulmoner durma saptanabilir (14).

E-Göz lezyonları:

İstismara uğramış çocukların %4.0-6.0'ı göz bulguları nedeni ile başvururlar. Göz yaralanması göz çevresindeki ödem gibi hafif bir bulguyla gelebileceği gibi göz küresinin parçalanmasına kadar giden ağır biçimlerde de karşımıza çıkabilir. Fiziksel istismara uğramış çocukların yaklaşık %40.0'ında göz bulgusu görülür. O yüzden istismar kuşkusu olan çocuklarda dikkatli bir göz incelemesi yapılması önemlidir. Özellikle retinal kanamalar sarsılmış bebek sendromunda çok sıktır ve bu durum için oldukça tipiktir. İntraoküler retinal kanamaların dışında istismar sonucunda periorbital ekimoz, katarakt ya da sublukse lens, subkonjunktival kanama, optik sinir hasarı ve şaşılık gibi bulgular görülebilir (12).

Bu bilgiler ışığında istismardan şüphelenilen her çocukta dikkatli öykü alınıp, ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır. İncelemeye uygun laboratuvar testleri ve radyolojik tetkikler istenmelidir. Ayrıca değerlendirmede sadece çocuğun değil, anne, baba veya istismarı uygulayan bireyin de değerlendirilmesi gerekmektedir (20).

Fiziksel İstismarda Tedavi

Çocuğun fiziksel tedavisinin yanı sıra psikolojik olarak da desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle istismar olgularında multidisipliner bir yaklaşım faydalı olacaktır. Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı “Çocuk Koruma Birimleri” kurulması uygun tedavinin yapılabilmesi için çok önemlidir. Ayrıca ailesi tarafından fiziksel olarak örselenmiş çocuğun “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” na ve adli makamlara bildirilmesi, ailenin sosyal incelemeye alınmasını ve gerekiyorsa çocuğun devlet tarafından korunmasını sağlayacaktır (39).

Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Çocuklarda beyin ve kafatası zedelenmesi ile sonuçlanan fiziksel istismarı tanımlamak için “hırpalanmış çocuk sendromu”, “sarsılmış bebek” veya “sarsılmış

bebek sendromu” (SBS) gibi tanımlar dışında mekanizmayı tanımlamayan “istismara bağlı kafa travması” veya “kaza dışı kafa travması” (KDKT) tanımları kullanılmaktadır (40).

KDKT, en sık ilk bir yaşta görülür ve bebeklik çağıının en sık doğal olmayan ölüm nedenidir (41). Bir alt grubu olarak tanımlanan ve en sık görülen çeşidi olan SBS, küçük çocuklarda tekrarlayan “akselerasyon” ve ”deselerasyon” mekanizması sonucu oluşan kapalı kafa travmasıdır. Tipik klinik özellikler yaygın beyin zedelenmesi, retinal kanama ve subdural kanama (SDK) olup, bazen posterior kosta kırıkları ve metafizyel uzun kemik kırıkları da görülebilir (41).

2002 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada, her yıl 1300 çocuğun SBS’ye maruz kaldığı ve 300 çocuğun bu nedenle öldüğü bildirilmektedir (42). Kanada’daki bir çalışmada da SBS olgularının ortalama yaşı 4.6 ay (7 gün ile 58 ay) olarak bulunmuştur (43). İngiltere’deki bir çalışmada, fiziksel istismara maruz kalan çocukların çocukların 100 000 de 21-24.6’sında SDK tespit edilmiştir (44).

Türkiye’de SBS ile ilgili yapılan araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Çünkü sağlık çalışanları tarafından sıklıkla kafa travmalı çocuklara yaklaşımda ayırıcı tanıda SBS düşünülmemektedir.

Türkiye’den çok merkezli olarak, üç yaş altı çocuklarda kaza dışı kafa travması sıklığını bildiren bir çalışmada, hastaneye SDK, subaraknoid kanama (SAK), kafa kırığı, koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar incelendiğinde; olguların %48.0’ında kaza, %7.0’ında olası istismar, %22.0’ında istismar olarak belirlenmiş ve %23.0’ında da neden saptanamamıştır (40).

SBS’nun sıklığının, bebeğin ağlama sıklığının artışına bağlı olarak arttığı saptanmıştır. Bunun nedenle ağlama, SBS için tetikleyici mekanizma olmaktadır (45). SBS için risk faktörleri arasında; erkek bebek, çoğul gebelik, erken doğan bebekler, düşük doğum ağırlığına sahip bebekler, bakıcı ile bebek arasındaki ilişkinin zayıf olması gibi sebepler sayılabilir.

İstismara bağlı kafa travması çocuğun bakımından sorumlu kişinin çoğunlukla ağlamayı susturmak için çocuğu aşırı sallaması ya da sarsması sonucu oluşur. Bebeği, olay sırasında ya kollarından ya da kollarının altından göğsünden tutarak

şiddetle sarsar; çok seyrek olarak da bebeği sert ya da yumuşak bir zemin üzerine atabilir (46).

SBS olguları, çocukluk çağı hastalıklarının birçoğunun semptomu ile benzer şikâyetlerle getirilmektedir. Bu yüzden ilk başvuruda SBS tanısını koymak oldukça zordur. Daha önce tamamen sağlıklı olan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilebilir. Tanıyı koymada iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Yaygın olarak ebeveyn veya bakıcı tarafından verilen hikayede ya hiç travma yoktur ya da minör bir travma öyküsü vardır (43).

Munchausen By Proxy Sendromu

Meadow tarafından 1977 yılında tanımlanan Munchausen by Proxy Sendromu (MBP) ise çocuk istismarının çok ağır ve özel bir şeklidir. Hastanene hastane dolaşarak hastalık öyküleri uyduran veya oluşturan, bu nedenle gereksiz ve çok sayıda medikal veya cerrahi girişimler uygulanan hastaların “Munchausen Sendromu” olarak tanımlanmasından sonra Meadow, benzer durumu çocuklarında oluşturan ebeveynleri “Munchausen By Proxy Sendromu” olarak tanımlamıştır (47).

Ebeveyn veya bakıcı, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta veya hastalık yaratmakta ve “hasta” çocuğu doktora götürmektedir. Sonuçta gereksiz tanısal işlemler, cerrahi girişimler ya da medikal tedavi nedeniyle çocukta ciddi tıbbi zararlar oluşmaktadır. MBP karmaşık ve potansiyel olarak ölümcül bir çocuk istismarı formudur.

Hastalığın taklit edilmesi (olmayan semptomların olduğunun iddia edilmesi, laboratuvar örneklerinin değiştirilmesi gibi) veya semptomların oluşturulması (çocuğun vücuduna zarar vermek, boğmak, zehirlemek, ilaç vermek gibi) şeklinde yapılabilir. En sık olarak çocuğa ilaç vermek ve boğmak şeklinde karşımıza çıkar. Genellikle nörolojik, gastroenterolojik, enfeksiyöz, dermatolojik, kardiyopulmoner ve psikiyatrik semptomlar görülür. Ayrıca apne, kusma, ishal, bilinç durumu değişiklikleri, ateş, döküntü, alerjik deri lezyonları sık rapor edilen diğer bulgulardır (48).

MBP diğer çocuk istismarı çeşitlerine göre oldukça az görülmekle birlikte yapılan çalışmalarda; 16 yaş altındaki çocuklarda 0.4/100000 iken, 1 yaş altı

çocuklarda 2 -2.8/100000 bulunmuştur. Ancak gerçek rakamların bu tahminden daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu veriler sadece hastanelerde tanısı konulan MBP olgularından elde edilmiştir. Tanı konulamayan veya polikliniklerde takip edilen olgular dahil edilmemiştir. Bildirilen kurbanların yaşları birkaç hafta ile 11 yaş arasında değişmektedir(48). Başka bir çalışmada ise olguların %77.0'nın 5 yaş altında olduğu ve ortalama tanı yaşının 20 ay olduğu bildirilmiştir (49).

MBP oldukça ölümcül bir çocuk istismarı çeşididir. Çalışmalarda ölüm oranı %6.0 ile 10.0 arasında bildirilmiştir. Olgunun zehirlenmesi veya boğulması söz konusu ise ölüm oran %33.0'a çıkmaktadır (50). Ülkemizde ise Hacettepe Üniversitesi ÇİDAT (Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu) grubunun çalışmasında 2005-2008 yılları arasında takip edilen 102 istismar olgusunun 5 (%3.9)'i MBP tanısı almış ve bu olgulardan biri boğulma sonucu ölmüştür. İstimara uğramaya başlama yaşı 5.4 ± 3.1 yıl, hastanede görülme ve tanı yaşı ise 8.1 ± 5.2 yıl bulunmuştur (51).

Uygulayıcı genellikle çocuğun "anne"sidir. Yapılan bir araştırmada; %93.0 olguda uygulayıcının anne olduğu, diğer uygulayıcılar sıklık sırasına göre çocuğun bakıcısı ve babasının olduğu bulunmuştur (50). Altta yatan fizyopatolojik yapıyı anlamak zordur. Kişilik problemleri uygulayıcılarda sıklıkla rapor edilse de standart psikolojik testlerde genellikle normal bulunur. Uygulayıcıların yaklaşık %75.0'mın geçmişte somatoform bozukluk tanısı aldığı, üçte birinin de kendisinde yalancı hastalık oluşturduğu belirlenmiştir (48).

2.Duygusal İstismar

Duygusal istismar UNICEF tarafından; "Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi" şeklinde tanımlanmıştır (52).

Çocuğun duygusal istismarı, istismar türleri içerisinde gündelik yaşamda en çok karşılaşılan çocuk istismarı türlerinden biri olmasına karşın fark edilmesi, tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanması zordur. Duygusal istismarda

fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut fiziksel bulgular olmasa da çocuğu psikolojik olarak derinden etkiler. Fiziksel hasarın izleri zamanla ortadan kalkmasına karşın duygusal hasarın etkileri yıllarca devam eder. Duygusal istismar, çocuğun üzerinde güç sahibi olan, genellikle çocuğun yakın çevresinde bulunan kişi ya da kişiler tarafından (ebeveyn, abla, ağabey, öğretmeni vb.) gerçekleştirilir(53).

Duygusal istismarın tanımlanmasındaki zorluklar karşısında anne, baba ve hareket odaklı kategorik sınıflandırma geliştirilmiştir (54):

Reddedici tavır: Çocuğu ihmal etmek ya da uzak tutmak, kendini değersiz, istenmeyen, sevilmeyen biri olarak görmesine yol açmak. (Çocuğun başarılarını tanımamaları, çocukları ile etkili konuşmamaları, yardım taleplerini reddetmeleri, kendi değerlerini zorla kabul ettirmeleri vb.)

Aşağılayıcı tavır: Ebeveynlerin çocuğa değer vermemeleri, kötulemeleri, saygınlığını düşürmeleri, aşağılamaları ve utandırmalarıdır. (Çocuğa aşağılayıcı sözler söylemek, diğer kişilerin yanında utandırmak, küçük düşürmek, küçümsemek, başarılarından memnun olmamak, kardeşleri ve arkadaşları ile karşılaştırmak vb.)

Korkutma: Çocuğa sözel olarak saldırma, korkutma, fiziksel veya duygusal zarar vermek ve tehdit etmek. (Öldürmekle tehdit etme, azarlama, sık sık ve haksız yere cezalandırma, vurma vb.)

Yalnız Bırakma: Aile dışında sosyal ilişkiden mahrum bırakma, arkadaşlara izin vermeme, sosyal etkileşim olmadan uzun süre kısıtlı alanda tutmak. (Çocuğun ev ve ev dışında sosyal aktivitelere katılmasının engellenmesi, anne-babanın çocukla konuşmayı reddetmesi, çocuğun davranışlarına geri bildirimde bulunmaması vb.)

Ahlaken Bozma: Çocuğun sağlıksız sosyalleşmesine yol açma, anti sosyal davranmayı öğretme, toplumsal olarak kabul edilemez ilgiler geliştirmesini cesaretlendirme. (Agresif ve uyumsuz davranışları öğretme ve cesaretlendirme, ilaç, alkol kullanımı için ortam hazırlama, hırsızlık, fuhuş gibi anti sosyal davranışlar vb.)

Sömürme: Çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişinin gereksinimlerini karşılaması için kullanılması. (Çocuğa sosyal olarak kabul görmeyen dilencilik, soygun, fuhuş yaptırılması, okuldan alınarak çalıştırılması, para kazanması, kardeşlerine bakması gibi sorumlulukların yüklenmesi vb.)

Gerekli Uyarılma, Duygusal Yanıt veya Ulaşılabilirliğin Olmaması: Çocuğun sevgiden ve duyarlı bakımdan mahrum olması, duygusal ve zihinsel gelişiminin

baskılanması, çocuğun genellikle ihmal edilmesi ya da yok sayılması (Önem vermeme, varlığını kabul etmeme, sorunlarına karşı kayıtsız kalma, gelişimsel krizlerini inkar etme vb.)

Güven Vermeyen Tutarsız Bakım: Çocuktan birbirine zıt isteklerde bulunulması, ebeveyn desteği veya bakımının tutarsız ve güven vermeyen niteliklerde olması.

Duygusal istismarı oluşturan nedenleri kültürel ve sosyal yapının etkilediği görülmektedir. Toplumun her kesiminde görülebilmesine rağmen özellikle toplumdan yalıtılmış olarak yaşayan ailelerde daha yoğun rastlanmaktadır. Diğer risk faktörleri arasında yoksulluk, işsizlik, suçluluk, olumsuz fizik koşulları sayılabilir (33).

Oral ve ark.'nın 2004 yılında yaptığı bir çalışmada; psikiyatri polikliniğine başvuran çocukların %36.0'ında istismar saptanmıştır. Bunların %85.0'ında duygusal, %66.0'ında fiziksel, %38.0'ında cinsel istismar saptanmış, cinsel istismar olgularının tümüne duygusal istismarın eşlik ettiği, %13.0'ında ise üç tip istismarın birlikte görüldüğü bulunmuştur (55).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda; enurezis, enkoprezis, iştahsızlık, yalan söyleme, hırsızlık, bağımlılık, başarısızlık, duygusal acıdan tutarsızlık, organik nedeni olmayan büyüme geriliği, depresyon, güvensizlik, içe dönüklük, intihar, saldırganlık, cinayet, olumsuz benlik kavramı, düşük benlik saygısı gibi durumlar görülebilmektedir (33).

3.Cinsel İstismar

Cinsel istismar; fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur (56).

Çocuk cinsel istismarı ilk olarak Kempe tarafından; “bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve ergenlerin bilinçli olarak onay vermeye muktedir olmadıkları ve bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel eylemlerde taraf olmaları” olarak tanımlanmıştır (33). Ancak daha sonraki tanımlamalar; çocuk ile saldırgan arasındaki yaş farkları, saldırganın kullandığı yöntemler ve istismarın verdiği zararlar da dikkate alınarak yapılmıştır (57).

Çocuğun cinsel istismarı, NCCAN (Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi) tarafından; “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir” şeklinde tanımlamıştır (58).

Başka bir tanımlama ise yaş farkı da belirtilerek; “Cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin ya da kendinden en az 4 yaş büyük bir başka çocuk tarafından zorlanarak veya ikna ile cinsel haz amacı taşıyan eylemlere maruz bırakıldığı cinsel davranışlar” şeklinde tanımlanmıştır (56).

Cinsel istismar, saptanması en zor olan istismar tipidir. Çoğunlukla gizli kalmakta ve gün yüzüne çıkmamaktadır. Ancak kısa ve uzun dönemli etkileri açısından önemli bir olgudur. Teşhircilikten ve röntgencilikten, ırza geçmeye kadar geniş bir yelpazedeki tüm davranışları içermektedir ve mutlaka şiddet içermesi gerekmez (13).

Cinsel İstismar Türleri

Cinsel istismar çeşitli şekillerde olabilmektedir (56). Bunlar;

Temas içermeyen istismar: İstismarcının çocuğun cinsel özelliklerine yönelik olarak seksî konuşması, cinsel organları gösterme (teşhircilik), açıkça veya gizlice çocuğu çıplakken gözlemek gibi röntgencilik eylemleridir.

Cinsel ilişki içermeyen temas: İstismarcının ve çocuğun giyinik veya çıplak olması halinde cinsel organlara dokunma, okşama ve/veya mastürbasyonu kapsar.

Oral-Genital seks: İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla cinsel ilişki yapmasıdır.

İnterfemoral ilişki: İstismarcının penisini çocuğun bacaklarının arasına yerleştirdiği ilişki türüdür.

Cinsel penetrasyon: Vajen ve/veya anüse parmakla, bir yabancı cisimle veya penisle penetrasyon söz konusudur.

Cinsel sömürü: Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla çocuk istismarıdır.

Çocuklar, bunların içinde en sık olarak oral ve genital temas, dokunma ve okşama gibi davranışlara maruz kalmaktadır (57).

Epidemiyoloji

İstismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi duygulardan dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklanmaktadır. Bu nedenle de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır. Cinsel istismar vakalarının sadece %15.0'nın tespit edilebildiği dikkate alınırca ulaşabildiğimiz olgular buzdağının görünen kısmı ile sınırlı gibi düşünülebilir (56).

ABD'de yapılan 10 yıllık bir araştırmada; erkeklerin %4.0-9.0'ının, kadınların %12.0-35.0'nın 18 yaşından önce istenmeyen cinsel deneyim yaşadıkları bulunmuştur (59). Kuzey Amerika'da yapılan, 16 çalışmanın değerlendirildiği 1997 yılında yayınlanan bir makalede cinsel istismar sıklığı, kadınlar ve erkekler için sırasıyla %16.8 ve %7.9 olarak tespit edilmiştir (60). ABD'de 2006 yılında yapılan başka bir çalışmada yaklaşık 80.000 çocuğun cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir (62).

İsveç'te adolesanlarla yapılan bir araştırmada, çocuklukta yaşanan cinsel istismar ve ergenlik döneminde yaşanan istismar ile ilişkili problemler irdelenmiş ve erkeklerde %3.1, kızlarda %11.2 oranlarında istismar görüldüğü tespit edilmiştir (56).

Ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır ancak hala elimizde çocuklara yönelik cinsel istismarın yaygınlığına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Cinsel istismar vakalarının çok azının bildirilmesi, cinsel istismarın yaygınlığı konusunda gerçek istatistiksel verilere ulaşılmasını zorlaştırmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, çocuklukta cinsel istismara maruz kalma oranının %10.0-40.0 arasında değiştiği ve cinsel istismar mağdurlarının % 53.0'nın ise 14 yaşından küçük olduğu bulunmuştur (63).

Gazi Üniversitesi'nde 2006 yılında yapılan bir araştırmada, Çocuk Koruma Merkezi'ne 2001-2006 yılları arasında başvuran olgular içinde kızların erkeklere oranının yaklaşık iki kat olduğu ve başvuruların %20.0'nın 12-18 yaş aralığında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Ergen cinsel istismarı ile ilgili sonuçlara bakıldığında istismarcıların tamamı erkektir. Akran istismarı %33.3, bir erkek akraba tarafından

istismar %7.4, öz baba istismarı %14.8 ve yabancı istismarı %25.9 olarak bulunmuştur (56).

Yapılan çalışmalarda, istismarcıların çoğunluğunun erkek, cinsel istismara uğrayanların çoğunluğun ise kız olduğu bulunmuştur(63).

Risk Faktörleri

Fiziksel, zihinsel veya gelişimsel bir engeli bulunan, sosyal olarak yalnız, daha kolay itaat eden, erişkinleri etkilemeye çalışan, ilgi görme gereksinimi olan, erken yaşta cinsel olgunluğa erişmiş ve fiziksel olarak çekici olan çocukların cinsel istismar riski daha yüksektir. Çocukların maruz kaldığı diğer istismarlarda görüldüğü gibi ailenin yaşadığı ekonomik sorunlar ve aile içi şiddet de cinsel istismar için risk faktörleri arasındadır (57).

Çocukluk ya da ergenlik döneminde cinsel istismara uğramış kişiler daha sonra istismarcı olabilmektedir. Ailenin parçalanmış olması, evde üvey ebeveyn bulunması, ebeveynlerin özellikle annenin hastalığı, annenin alkol bağımlılığı, annenin uzun süreli yokluğu, ciddi evlilik çatışmaları, ebeveyn madde kötüye kullanımı, sosyal izolasyon, ana-babada psikiyatrik bir hastalık ya da kişilik bozukluğunun bulunması riski arttırmaktadır. Alkol, taciz eden tarafından sıklıkla kullanılmakta ve istismarı tetikleyen önemli bir faktör olmaktadır (12).

İstismarcıların özellikleri

İstismarcılar çoğunlukla erkektir, %5.0-15.0'ı kadındır. Kadınlarda, erkek çocuğa istismar daha sık görülür. Erkeklerle yapılan istismarlarda kadın istismarcı oranı %20.0 dan fazladır. Kadınlarda genellikle bir erkekle birlikte 'coabuser' olurlar. Kadın istismarcılar genellikle bekarlardır. Bazı çalışmalarda, tanıdık birisi ya da bir yabancı tarafından aile dışı istismarın cinsel istismar arasındaki oranı %30.0-50.0 arasında bulunmuştur (56).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, istismarcıların %40.7-%66.7 oranlarında tanıdık biri olduğu bulunmuştur (64,65).

İki çeşit aile dışı cinsel istismara özellikle dikkat edilmelidir: Seks şebekeleri ve yineleyen istismarlar. Şebekelerde olanlar genellikle erkek, aileye yakın birisi ve pedofiliktirler. Aile içinde ve sosyal teması sınırlı içe kapanık kişilik, eşi ya da

ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik kişilik, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar eden pedofilik kişilik istismarcılarda başlıca görülen kişilik tipleridir. Birçoğu çocukluklarında ya cinsel istismara uğramışlardır ya da ev içerisinde şiddet olgusu vardır. Genellikle düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahiptirler. Çocukluk döneminde özdeşleşeceği birisinin olmaması, sosyal komponentler açısından patolojik bir aile yapısına sahip olma, destek sistemlerinden yoksun bir birey olması istismarcı bireyin diğer özellikleri olarak sayılabilir (56).

Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Klinik Belirtileri ve Etkileri

İstismar olgularına özgü bir ruhsal bozukluk tanımlanmasa da, fiziksel ve cinsel istismar ruhsal bozukluk sıklığını arttırmaktadır. İstismara uğrayan çocuk ve ergenlerde yaşamın ilerleyen dönemlerinde birçok ruhsal bozukluk ortaya çıkmaktadır (66).

Çocuklarda gelişen ruhsal sorunların ağırlığının cinsel istismar eylemlerine (özellikle penetrasyon ve anal ilişkinin olmasına), saldırganın istismar yöntemlerine (özellikle, şiddet kullanması ve derecesine), istismar sırasında saldırganın çocuğa verdiği mesajlar ve bu mesajların çocuk için taşıdığı anlamlara, istismarın sıklığı ve süresine bağlı olduğu bulunmuştur (67).

Cinsel istismara uğrayan çocukların klinik özellikleri yaşa bağlı değişiklikler gösterir:

Küçük yaş grubunun (10 yaş altı) verdiği tepkiler:

- Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
- Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
- Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı masturbasyon
- Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
- Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif belirtiler
- Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü
- Fobik kaçınmalar (örn. İstismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku)
- Özellikle erkek çocuklarda daha sık görülen yangın çıkarma davranışı

- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri

Daha büyük yaş grubunun (10 yaş üstü) tepkileri:

- Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar azdır.
- Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır.
- Yeme bozuklukları
- Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar
- Depresyon, sosyal geri çekilme
- Suça yönelme
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri (68).

Çocuğun cinsel istismarında dört travmatik dinamik bulunmaktadır. Bunlar istismarla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük ve damgalanmadır. Bu dinamikler travmatik olayın etkilerini ağırlaştırır ve çocuğun dünyaya kognitif ve emosyonel oryantasyonuna zarar verir. Travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişmeler, duygulanım sürecinde bozulmalar oluşur (69).

Travmatik cinsel uyarılma (traumatic sexualisation): Erken yaşlarda uygun olmayan cinsel deneyimlerle tanışan çocuk, sağlıklı ve normal olmayan bir cinsel gelişme gösterir.

Aldatılma/ihanet (betrayal of trust): Güvendiği ve bağlı olduğu birisi tarafından istismar edilen çocuk, ilişkilerinde güven ve bağlılık konularında sorunlar yaşar.

Güçsüz/çaresiz hissetme (powerlessness): Zorlama ve güç kullanılarak istismara maruzkalan çocuk kaygı, korku ve çaresizlik gibi ağır duygular yaşar ve kendine zarar verici davranışlar geliştirir.

Damgalanma (stigmatization): Pişmanlık, utanç ve suçluluğu içeren negatif bir süreçtir ve buyapılar çocuğun benlik imajında bir araya gelirler. Bu dinamik çocuğun istismarcı tarafından azarlanması, enestinin ilişki içerisinde gizlenmesi, toplum ve aile

tarafından çocuğa tepki verilmesi ile ortaya çıkar. Damgalanma süreci sonraki kişiler arası ilişkilerinde pek çok değişik şekilde tekrar tekrar yaşanır. İstismara uğrayan kişi istismarın yükünü etrafına zarar verdiği ve bu yüzden hak ettiği şeklinde yaşamaya devam eder. Bu negatif benlik imajı nedeni ile kendini diğer insanlardan izole eder ya da kendi bedeni üzerinde diğer insanların hakkı olduğuna inanır. Bu suçluluk ve utanç bu dinamiğin uzun döneme projeksiyonu ile yaşanır (69,57).

Cinsel istismarın erken dönemlerinde amnezi ve uyurgezerlik gibi dissosiyasyon bozuklukları görülebilmektedir (69). Bunun yanında istismar anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğunu içeren psikiyatrik bozukluklara da neden olabilir. Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi, cinsel istismarda negatif yönde etkilenmektedir. Bu kişiler ya ilişki kurmaktan kaçınmakta ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişki kurmaktadır. Her iki tip ilişki de işlevsellikten uzaktır, çoğu zaman da yalnızlıkla sonlanmaktadır. Kişinin benlik saygısı da olumsuz yönde etkilenmektedir (56).

Araştırmalarda çocukluk çağı cinsel istismarı ile cinsel yönden riskli davranış gösterme arasında ilişki bulunmuştur. Cinsel istismara uğramış kadın ve ergenlerle yapılan çalışmalarda; erken yaşta cinsel ilişkiye girme, birden çok cinsel partnere sahip olma, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yüksek oranda maruz kalma durumlarına daha sık rastlanmaktadır (56).

Aile İçi Cinsel İstismar: ‘Ensest’

Ensest terimi toplumumuzda; “evlenmeleri, ahlakça ve hukukça, dince yasaklanmış, yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları” anlamında kullanılmaktadır. Klasik ensest tanımı sadece kan bağına dayanmaktadır (68). Ancak bazı araştırmacılar sadece çekirdek aile içindeki aile bireylerini bu kapsama alırken, bazı araştırmacılar da bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik bağına bakmaksızın bu kapsama almaktadır.

Son yıllarda ensestin daha genel bir yaklaşımla çocukta cinsel istismar olarak değerlendirilmesi ve sadece cinsel ilişki dışında daha geniş anlamda cinsel içerikli davranışları da içermesi gerektiği görüşü benimsenmeye başlamıştır (13).

Türkiye’de 1993 yılında Sezgin tarafından yapılan bir çalışmada; ensest saldırganlarının %57.0’ını öz babalar, %4.0’ını öz ağabeyler, %13.0’ını yakın akrabalar, %26.0’ını ise ikinci dereceden akrabalar oluşturmaktadır. Yasal başvuruda bulunulmuş, mahkemesi sonuçlanmış ya da süren vakalarda; saldırganların %39.0’ını öz baba, %15.0’ını öz ağabey, %17.0’ını yakın akraba, %28.0’ını ise uzak akrabalar oluşturmaktadır (70). İstanbul’da lise öğrencisi ergenlik çağıkadınları arasında yapılan bir başka çalışma da ise 1871 öğrenciden kendilerinin doldurduğu soru kağıtları aracılığı ile bilgi toplanmış, araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin %2.0’ının ensest saldırıya maruz kaldığı saptanmıştır (71).

Ülkemizde klinik çalışmalar ve okul çalışmaları dışında sayısal verilere ulaşmak hem ensestin saklanması hem de ulusal kayıtların olmaması nedeniyle mümkün değildir. Türkiye’de 2009 yılında yapılan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nda; kadınların %7.0’ı 15 yaşından önce cinsel istismara maruz kalmıştır. Saldırganların % 30.0’ı yakın akrabalarından oluşmaktadır, kadınların % 2,4’ünün babası tarafından, %1.7’sinin erkek kardeşi/ağabeyi tarafından ve %0.6’sının üvey babası tarafından 15 yaşından önce istismara maruz kaldığı bulunmuştur (72).

Ensest için risk faktörleri;

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması,
- 6-8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişki varlığı,
- İktidarsızlık ve psikopatidir (73).

Ensestin çocuk üzerindeki etkileri;

Çocuğun saldırganla olan ilişkisine, seksüel aktivitelerin şekline, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun işbirliğine, yaşına, gelişim

basamağına ve travma öncesi psikolojik gelişimine, ailenin olaya tepkisine göre enestinin çocuk üzerindeki etkileri değişmektedir.

Çocukta; korku, depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis, davranış problemleri, okul problemleri, cinsel problemler, konversiyon gibi problemler görülebilmektedir (73). Cinsel istismara uğramış çocuklarda öfke, zayıf impuls kontrolü, karşı olma, karşı gelme bozukluğu gibi durumlarla da karşılaşmaktadır (60). Ayrıca parmak emme, tırnak yeme gibi davranışlar, fobiler ve uyku bozuklukları, kız çocuklarında erkek çocukların yanında güvensizlik ve anksiyete belirtileri, bulantı, kusma, karın ağrıları, baş ağrıları gibi sorunlar; daha büyük çocuklarda; suçluluk hissi ve depresyon görülebilmektedir. (73).

Cinsel İstismarda Klinik Değerlendirme ve Tanı

Öykü Alınması:

İstismar olgularının değerlendirilmesi kapsamlı bir iştir ve yeterli zaman ayrılması gerekir. Sadece çocuk değil, aile, aile içi ilişkiler, sosyal çevre, arkadaş ilişkileri, okul ve eğitimle ilgili özellikler araştırılır. İstismar öyküsü alınırken ailenin ve çocuğun vereceği tüm bilgiler değerlendirilir. Bu öyküde istismarın özellikleri, başlama şekli, süresi ve varsa tekrar yaşantılar, istismarcıya yakınlık dereceleri, zor kullanılıp kullanılmadığı gibi bilgiler alınır. Bazı çocuklar istismar anıyla ilgili konuşmaya hevesli iken, bazıları bu konuyu konuşmaktan kaçınır. Görüşme sırasında çocuğa karşı çok zorlayıcı olmamak gerekir (56).

Okul öncesi çağda profesyonellerin cinsel istismar ile ilgili var olan fenomenleri dikkatli bir şekilde değerlendirmesi gerekir. Okul öncesi çağda çocuklar kendilerini sözel olarak ifade etmekte zorlanmakla kalmazlar aynı zamanda yanında bulunan kimselerden çekinebilirler veya bu durumdan ötürü korku yaşıyor olabilirler. Bu travmanın çocuk tarafından oyun yardımı ile anlatılmasına yardımcı olunmalıdır (69). İstismarın özelliklerini belirlerken resimler ve şekiller üzerinde yine oyun ortamına benzer şekilde bilgi toplamak faydalı olabilir. İstismarın daha kolay tanımlanması için insan resimlerinin bulunduğu kartlar kullanılabilir. Bu kartlar üzerinde önce insan vücudunun tanımlanması sağlanır. Yine resimler yardımıyla “İstismarcı tam olarak nereye dokundu?”, “Ne şekilde dokundu?”, “Neresiyle

dokundu?” gibi sorularla istismarın çok açık bir şekilde tanımlanması sağlanır. Ayrıca aynı kartlardan faydalanılarak küçük çocuklara, özel bölgelerin nereleri olduğu, birinin bu bölgelere dokunmak istemesi halinde ne yapması gerektiği gibi istismardan korunma eğitimi verilebilir (56).

Ruhsal Değerlendirme:

Öykü alındıktan sonra ayrıntılı ruhsal değerlendirmeye geçilir. Olayın çocuk tarafından algılanışı, akut ve geç tepkileri, olaydan sonra meydana gelen davranış değişiklikleri, anksiyete ve depresif bulgular, özkıyım düşünceleri, bundan sonraki beklentiler gibi konular değerlendirilir. İstismara uğramış bir çocuk hafif anksiyete belirtileriyle karşımıza çıkabileceği gibi, ağır psikotik özellikler içeren psikiyatrik tablolarla da çıkabilir. Psikiyatrik değerlendirme sırasında travmanın etkilerinin günlük işlevsellik düzeyine etkileri araştırılır. Bu amaçla uyku, iştahla ilgili değişiklikler, okul durumu, sosyal hayatta değişiklikler ve yaşlıları ile ilişkileri sorgulanır (56).

Fiziksel ve Adli Muayene:

Fiziksel muayenede fiziksel yaralanma izleri, morluklar dikkatle kaydedilmelidir. Özellikle, aile içi istismar olgularında eşlik eden kronik fiziksel istismar ve ihmal bulguları araştırılmalıdır. Genital ve anal muayenede eski ve yeni yırtıklar tanımlanır. Eğer lezyon yoksa genital yapının iz bırakmaksızın cinsel temasa izin verip vermeyeceği değerlendirilmelidir. İstismarın üzerinden 3 günden az zaman geçen olgularda servikal sürüntüde sperm araştırılması yapılmalıdır. Ergen olgularda gebelik testi mutlaka yapılmalıdır. Kurbanların cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden araştırılması, ciddi sağlık sorunlarının önlenmesi ve erken tedavisi için önemlidir (56).

Genital muayene fizik muayenenin son evresi olmalıdır. Anal bölgedeki morluklar, skarlar, anal yırtıklar ve anal dilatasyon rapor edilmelidir. Anal sfinkterin gevşek olması önemli bir bulgudur (14).

Vulvada eritem en sık karşılaşılan cinsel istismar bulgularındandır. Vulvada abrazyon, ödem, üretrada hassasiyet (pouting), vaginal akıntı, himende yırtık, labiumlarda adezyon, anal bölgede yırtık, eritem, refleks genişleme, aşırı gevşeklik, venöz dilatasyon, skar, pigmentasyonda artış ve viral kondilomlar cinsel istismarın diğer sık karşılaşılan bulgularındandır.

Cinsel istismara uğramış çocuklarda cinsel yolla bulaşan hastalık prevalansı kız çocuklarında %2.0-7.0 ve erkek çocuklarda ise %0-5.0 arasında değişmektedir (37).

Çocuk istismarının en önemli bulgularının bulunduğu yerlerden biri ise oral mukozadır. Ancak oral mukoza muayenesi çoğu hekim tarafından ihmal edilebilmektedir. Çocuklarda oral mukoza cinsel istismarın sıklıkla rastlanıldığı bir bölgedir (74). Puberte çağına gelmemiş çocuklarda oral ve perioral gonore veya sifilizin bulunması cinsel istismarın patognomonik bulgularındandır. Damak mukozasında nedeni açıklanamayan eritem veya peteşiler özellikle sert ve yumuşak damak bileşke bölgesinde ise oral cinsel istismardan şüphelenmelidir (37).

Cinsel İstismarda Tedavi

İstismara uğramış çocuklar bireysel olarak tedavi edilebilirler ya da grup terapisine alınabilirler. Spesifik terapotik yaklaşımlar psikodinamik ya da bilişsel davranışsal terapidir. Grup terapisinde çocuklar belirli niteliklerine göre, örneğin; yabancı ya da ev dışından birisi tarafından istismar edilen çocuklar aynı grup terapisi içine alınabilirler. Çocukların 7 yaşın üzerinde olması durumunda kızlarla erkeklerin ayrı gruplarda değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çocuğun terapiye devamında ailenin psikolojik desteği gerekmektedir. Çocuğun terapisiyle birlikte bakımverenine ya da ailenin emosyonel sorunlarına da destek vermek, çocuğun terapisiyle ilgili konularda aileye bilgi vermek ailenin desteğini sağlamada önemlidir. Ensest vakalarında kardeşler istismarın sessiz tanığı olabilirler, kardeşlerin hissettikleri ve ihtiyaçları kolaylıkla gözden kaçabilir. Tüm ailenin birlikte değerlendirilmesi bu durumu düzeltebilir, ailenin istismar gerçeğini açıkça konuşmasını sağlayabilir. Bununla birlikte istismarcı ebeveyn istismarın sorumluluğunu kabul edip tedavi almıyorsa aile görüşmelerine dahil edilmemelidir (56).

İstismarın tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde hastane temelli multidisipliner ekip çalışmasının önemi giderek artan bir ilgi görmeye başlamış ve cinsel istismar olguları daha sistemli olarak ele alınmaya başlanmıştır. Çoğu aile olayı gizli tutmanın çocuğu korumanın bir yolu olduğunu düşünse de konunun uzmanı olan kişilerce bildirim öneminin vurgulanması gerekir. Ensest yaşanan

ailelerde çocuğun korunmaya alınması için acil önlemler alınırken, olası krizi en uygun şekilde atlatabilmek için o aileye ait özellikler iyice belirlenmeli, aile dinamikleri dikkatle incelenmelidir (68).

4.İhmal

İhmal; “çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından ve daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında bulunduran devlet tarafından karşılanmaması” şeklinde tanımlanmaktadır (14).

İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin pasif bir olgu olmasıdır.

Çocuk ihmalinin zararlı etkisi tip, şiddet ve uzunluğuna göre değişir. İhmal bulgularını iki grupta inceleyebiliriz (33):

Dolaysız belirtiler: Küçük çocuklarda bakımın yeterli olmadığını gösteren kriterleri içerir. Örneğin; temiz olmamaktan kaynaklanan pişikler, kirli ve uygunsuz giyecekler ile temizlik eksikliği, beslenmenin yetersiz görüldüğü zayıf ve solgun görünüm vb.

Dolaylı belirtiler: Büyüme geriliği, gelişim noksanlığı ve davranış bozuklukları olarak sınıflandırılır.

**Büyüme:* Organik nedeni olmayan büyüme geriliği, fiziksel ihmalin en somut göstergesidir. Çocukla yeterince iletişim kurulamamış olması, beslenmesinin unutulması ve ilgisizlik başlıca nedenler olarak görülmektedir.

**Gelişim:* İhmal olgusunun yaşandığı ailelerde çocuğun gelişim eksikliğinin temel nedeni uyarılma eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu yoksunluğun üst düzeyde olduğu ortamlarda büyüyen çocuklarda bebeklerin doğumda normal oldukları halde daha sonra gelişim geriliği gösterdiği görülmektedir.

**Davranış:* İhmal edilmiş çocukların ilgiyi üzerlerine toplamak için antisosyal davranışlara yöneldikleri bazı araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur. Bu tip ortamlarda yetişen çocukların öz benlik saygılarının düşük olduğu ve genelde çevrelerine düşmanca davrandıkları görülmektedir. Saldırgan tavır içinde olabilirler. Bu tip çocukların çeşitli psikosomatik belirtileri de gösterdiği örneğin okuldan

kaçma, enurezis, enkoprezis, tekrarlanan karın ağrıları görülmesine karşın bu bulguların kesin tanı kriterleri olmadığı unutulmamalıdır.

Aşağıdaki bulgular saptandığı zaman ihmalden kuşkulmalıdır (33):

- Çocuk kirli, bakımsız ve hava koşullarına uymayan giysiler içindeyse,
- Çocukta büyüme geriliği var ancak organik bir nedene bağlanamıyorsa,
- Ailesi çocuk hakkındaki soruların yanıtlarını bilmiyorsa,
- Zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma varsa,
- Çevresinde sigara, alkol, bağımlılık yapan maddeler kullanan var ve çocuk bunlara maruz bırakılıyorsa,
- Çocuk içe dönük, iletişim kurma güçlüğü içindeyse, yineleyen hareketler yapıyorsa,
- Zihinsel gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü varsa,
- Zorunlu eğitim çağında olduğu halde okula gitmiyorsa,
- Sağlık kurumuna başvurmada gecikme varsa veya hiç başvurulmamışsa,
- Tedavi, bakım, koruma konusundaki önerilere uymuyorsa,
- Terk edilmiş ve evden kovulmuş ise.

İhmal olgusu da istismar gibi kendi içinde alt gruplara ayrılabilir:

1. Fiziksel ihmal

Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel ihtiyaçlarını karşılamada yoksunluk veya yetersizlik fiziksel ihmal olarak tanımlanır (75). Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fizik çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır.

Tıbbi ihmal fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılabilir. Çocuğun hastalanınca hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içerir. Fiziksel ihmalin özel bir türü de henüz doğmamış bebeğin ihmaliştir. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlığını da etkileyecektir (76).

2. Duygusal ihmal

Duygusal ihmal, çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanabilir. Duygusal ihmal çoğu kez fiziksel ihmalle ya da duygusal istismarla birlikte (33). Fiziksel ve duygusal ihmalin birlikte olduğu bir başka durum da özellikle ergenlerde görülen evden kovulmaları, evden kaçmış olanların dönünce eve alınmamalarıdır. Bu çocuklar sokağın kötülüklerine açıktır (76).

3. Cinsel ihmal

Çocuğun yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, çocukların cinsel sömürüye karşı korunmaması ve ilgisiz kalınması, cinsel gelişime gereken önemin verilmemesi (çocukların internet ve televizyondaki pornografi ve uygun olmayan filmleri izlememeleri için tedbir almamak g.b.), ev içinde yaşanan cinselliğe çocukların şahit olmamaları için tedbir alınmaması (yatak odası kapısının kapalı ve kilitli olmaması vb.) gibi durumlar cinsel ihmal kavramı içinde tanımlanmaktadır (77).

4. Eğitim ihmali

Zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek eğitim konusunda ihmaldir. Çocukları ya okula göndermezler ya da okula gitseler bile dersleri, okuldaki sorunlarıyla da başarısızlıkları ile ilgilenmezler. Önlerinde eğitime teşvik eden iyi bir örnek yoktur (76).

Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuk istismarının önlenmesi, istismarın oluşması sonrasındaki tedavi hizmetlerine göre daha kolay ve sonuçları bakımından daha başarılıdır. Bir araştırmada çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61.0'nın önlenebilir nedenlerle oluştuğu bulunmuştur (78).

1. Birincil Önleme

Çocuk istismarının oluşmasını önlemek amacıyla istismardan korumaya yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Çocukların ve ailelerin içinde buldukları

koşulların iyileştirilmesi, ailelerin eğitilmesi ve bunlara bağlı olarak risklerin oluşmasının önlenmesiyle istismar engellenebilir (79). Birincil önleme çalışmaları;

- Hukuksal reformların yapılması,
- Halkın bilinçlendirilmesi,
- Şiddet ve istismar ile ilgili risk gruplarının tanımlanması,
- Risk altındaki kişilere danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin sağlanması, çatışma ve stres yönetimi,
- Ebeveyn becerileri hizmetleri ve ev ziyaretleri ile eğitimsel faaliyetler,
- Çocuk Hakları Sözleşmesi'ndeki çocuk haklarının ulusal yasalarca da uygulanması,
- Kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti azaltacak yönde değişmesi,
- Ekonomik eşitsizliklerin iyileştirilmesi,
- Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının, okul öğretmenlerinin yani çocukla ilgili birimlerin profesyonel eğitim almalarının sağlanması,
- Çocukların bilinçlenmesine yönelik eğitim çalışmaları vb. gibi birçok alandaki faaliyetleri kapsamaktadır (77).

2.İkincil Önleme

İkincil önleme hizmetleri; erken tanı ve tedavi hizmetlerini içermektedir. Yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejilerin geliştirilmesi ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasını kapsamaktadır. İstismar olgusuyla karşılaşan hekim, ebe ve hemşireler, dikkatli davrandıklarında istismar için risk taşıyan durumları fark edilebilir ve çocuk henüz istismara uğramadan duruma el koyabilirler (79).

3.Üçüncül Önleme

Çocuğun çıkarları ön planda tutularak aile bütünlüğü içinde istismarın gerçekleşmesinden sonraki süreçte yapılacak faaliyetleri içerir. Çocuğun rehabilitasyonu, ailenin ve çocuğun mahremiyetinin korunması, istismarcı ile çocuğun ilişkisinin kesilmesini içerir (77).

Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarının tanısı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki açıdan birçok sorumluluğu bulunmaktadır (14).

Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından düşünecek olursak aile hekimliği birimleri bu vakaların erken tanısının yapılması açısından kilit rol oynamaktadır. Çünkü aile hekimliği disiplininin özelliklerinin başında sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturması gelir (3). Dolayısıyla burada çalışan hekim, ebe, hemşire ve diğer sağlık personelinin öncelikle çocuk istismarı ve ihmali konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Yani sağlık çalışanları, istismar ve ihmalin bulgu ve semptomlarını tanıyabilmeli, risk faktörlerini bilmeli, istismara uğrayan çocuğun tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yapabilmeli ve bu vakaları adli makamlara bildirmelidir. Ancak burada şu noktaya dikkat çekmek gerekir. Hukuki açıdan sağlık çalışanları suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir. Sorumlulukları çocuk istismarı şüphesi olan her olgunun raporlanarak adli makamlara iletilmesidir. Ancak gerekli muayene ve değerlendirilmeler yapılmadan aceleci yaklaşımlarla yanlış adli olgu kararı vermek, aile ve çocuk için yıkıcı olabileceğinden bu konuda dikkatli olunması gerekmektedir (77).

Birinci basamakta çalışan ebe ve hemşireler aile planlaması, bağışıklama, evde bakım hizmetleri gibi birçok alanda görev yapmaktadırlar. Bu nedenle çocuk istismarının erken tanısı ve riskli ailelerin belirlenmesinde önemli bir konuma sahiptirler. Ebe ve hemşirelerin bu konudaki sorumluluklarını özetlemek gerekirse;

-Toplumun tüm bireylerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgilerinin artırılması,

-Yeni doğan bebeğe sahip tüm ailelerin risk faktörleri ve sosyodemografik özellikler bakımından taranması,

-Riskli ailelerin belirlenip yardım teklif edilmesi ve düzenli ev ziyaretleri ile aile çocuk ilişkisine katkıda bulunulması,

-İstenmeyen gebelikleri önlemek için ailelerin etkin aile planlaması konusunda eğitilmeleri,

-Sağlık güvencesi olmayan ailelerin belirlenmesi ve buna yönelik iş programlarının geliştirilmesine katkıda bulunulması,

-Ailelerin ceza ve disiplin arasındaki ayırımı yapabilmelerine yardımcı olunması ve şiddetin çocuğun eğitiminde bir araç olarak kullanılmamasının sağlanması,

-Çocuk haklarını korumaya yönelik faaliyetlere aktif olarak katılma.

Olds ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; ev ziyaretlerinin çocuk istismar ve ihmalini önlemedeki etkisi incelenmiş ve iki yaşına kadar hemşireler tarafından ailenin risk durumuna bakılmaksızın evde ziyaret edilen kadınların bebeklerinin acil servislere daha az başvurduğu ve kontrol grubundaki bebeklere oranla kaza ve zehirlenme gibi nedenlerle daha az sıklıkta uzman görüşüne gerek duyulduğu bulunmuştur (80).

ULUSAL HUKUKTA ÇOCUK HAKLARINA YÖNELİK DÜZENLEMELER

Çocukların korumasına ilişkin kurallar başta Anayasa'da yer alan temel ilkelerle düzenlenmiştir. Çocuğun kişi olarak toplum içinde statüsü Medeni Kanunla belirlenir. Çocuk hakları ihlali ile ilgili maddeler Türk Ceza Kanunu'nda yer almaktadır. İhlalin önlenmesi ve olumsuz sonuçların ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler ise Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun, İş Kanunu, Basın Kanunu, Çocukları Muzır Neşriyattan Koruma Yasası gibi pek çok yasa ve yönetmeliklerde yer almaktadır (81). Çocuk hakları ile ilgili Türk Ceza Kanunu'nda yer alan maddeler en güncel haliyle **EK-1**'de belirtilmiştir (5). Bunun yanında adli vakaların bildirimine dair düzenleme Ceza Muhakemesi Kanunu 158. ve 159. maddelerde belirtilmiştir (82).

İhbar ve şikâyet (Madde 158)

(1) Suça ilişkin ihbar veya şikâyet, Cumhuriyet Başsavcılığına veya kolluk makamlarına yapılabilir.

(2) Valilik veya kaymakamlığa ya da mahkemeye yapılan ihbar veya şikâyet, ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir.

(3) Yurt dışında işlenip ülkede takibi gereken suçlar hakkında Türkiye'nin elçilik ve konsolosluklarına da ihbar veya şikâyette bulunulabilir.

(4) Bir kamu görevinin yürütülmesiyle bağlantılı olarak işlendiği iddia edilen bir suç nedeniyle, ilgili kurum ve kuruluş idaresine yapılan ihbar veya şikâyet, gecikmeksizin ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir.

(5) İhbar veya şikâyet yazılı veya tutanağa geçirilmek üzere sözlü olarak yapılabilir.

(6) Yürütülen soruşturma sonucunda kovuşturma evresine geçildikten sonra suçun şikâyete bağlı olduğunun anlaşılması halinde; mağdur açıkça şikâyetten vazgeçmediği takdirde, yargılamaya devam olunur.

Şüpheli ölümün ihbarı (Madde 159)

(1) Bir ölümün doğal nedenlerden meydana gelmediği kuşkusunu doğuracak bir durumun varlığı veya ölünün kimliğinin belirlenememesi halinde; kolluk görevlisi, köy muhtarı ya da sağlık veya cenaze işleriyle görevli kişiler, durumu derhâl Cumhuriyet Başsavcılığına bildirmekle yükümlüdürler.

(2) Birinci fıkra kapsamına giren hallerde ölünün gömülmesi ancak Cumhuriyet savcısının yazılı iznine bağlıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki mesleki tecrübelerinin, bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Ağustos 2014'te Denizli İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün resmi sitesinde yer alan Denizli il merkezindeki toplam 50 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yapılmıştır; veriler 01.09.2014-30.09.2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Denizli il merkezi sınırları içinde bulunan 50 ASM'de çalışan ebe ve hemşireler (178 kişi) oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Denizli il merkezindeki ASM'lerde 01.09.2014-30.09.2014 tarihleri arasında çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebe ve hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

01.09.2014-30.09.2014 tarihleri arasında çalışmakta oldukları ASM'lerden izinli olan ya da araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ebe ve hemşireler çalışma dışı bırakılmıştır.

ARAŞTIRMAYA KATILIM ORANI

Araştırmada ulaşılması planlanan 178 ebe ve hemşirenin 4'ü çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir; ayrıca 8 ebe/hemşire araştırma yapıldığı sırada izinli

olduğu için ve çalışma sırasında 1 ASM'deki ebe henüz göreve başlamadığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Sonuç olarak ulaşılabilirlik oranı %92.7'dir (165 ebe/hemşire).

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Denizli il merkezindeki ASM'lerde görevli ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ) konusundaki farkındalığı ve bilgi düzeyi yüksek değildir.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Araştırmaya Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (**EK-2**) ve Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (**EK-3**) gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır.

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelere;

- Çalışmanın amacı, planı, süresi, çalışmadan beklenen yarar ve kendisinden ne beklediği açıklanarak **isteklilik**, **gönüllülük ilkesi** ışığında araştırmaya katılmaları için **“bilgilendirilmiş izin”** alındı.
- Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve **“otonomi”** ilkesine saygı gösterileceği bildirildi.
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **“sadakət-gizlilik”** ilkesine bağlı kalındı.
- **“Zarar vermeme - yarar sağlama”** ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Denizli il merkezindeki ASM'lerde görevli ebe ve hemşirelerin Çİİ konusundaki farkındalığı ve bilgi düzeyidir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Denizli il merkezindeki ASM'lerde görevli ebe ve hemşirelerin yaşı, medeni durumu, çocuğunun olup olmaması, çocuk sayısı, çocuklarına kimin baktığı, mesleği (ebe, hemşire), meslekte çalışma süresi,

eğitim durumu, mezuniyet öncesinde ve sonrasında Çİİ konusunda eğitim alıp almadığı, Çİİ konusunda bilgilenme ihtiyacı duyup duymadığı, Çİİ şüphesi olduğunda bildirim yapıp yapmadığı, bildirim yapmıyorsa nedeni, meslek hayatı boyunca Çİİ’den şüphelendiği olgu olup olmadığı, varsa olgu sayısı, Çİİ olgusuyla karşılaştığında en çok zorlandığı konu, Çİİ olgusuyla karşılaştığında ne yaptığı, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları puandır.

VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 16 sorudan oluşan “Sosyodemografik Bilgi Formu” (EK-4), ikinci bölümde 67 sorudan oluşan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Yönelik Ölçek Formu” (EK-5) bulunmaktadır.

• Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu bölümde ebe ve hemşirelerin demografik özellikleri, meslekteki çalışma süreleri, ASM’de çalışma süreleri, Çİİ konusunda öğrenim sırasında ve mezuniyet sonrasında eğitim alma durumları, Çİİ olgusu ile karşılaştıklarında bildirim yapıp yapmayacakları, cevap hayır ise nedenleri, meslek hayatı boyunca ve son bir yıl içinde Çİİ’den şüphelendikleri olgu olup olmadığı, cevap evet ise en çok zorlandıkları konular, Çİİ olgusu ile karşılaştıklarında ne yaptıklarını sorgulayan toplam 16 sorudan oluşan “Sosyodemografik Bilgi Formu” (EK-4) bulunmaktadır.

• Ölçek Formu

Bu bölümde “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” (EK-5) bulunmaktadır. Bu ölçek;

- 1.İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)
- 2.İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (15 madde)
- 3.İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
- 4.İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (12 madde)
- 5.İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (6 madde)

6.Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt ölçeği bulunan 67 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir.

Alt ölçeklerden 1.alt ölçek 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,16,17,18,19,20. sorular; 2.alt ölçek 14,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,67. sorular; 3. alt 21,22,23,24,25,26,27. sorular; 4. alt ölçek 42,43,44,45,46,47,48,49,50,55,60,66. sorular; 5. alt ölçek 41,51,52,53,54,56. sorular; 6. alt ölçek 57,58,59,61, 62,63,64,65. sorulardan oluşmaktadır.

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Ölçekte yer alan; 1,2,4,6,7,9,11,13,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,29, 31,33,35,36,37,38,39,40,43,44,45,47,48,50,51,53,55,57,58,60,62,64,65,66,67.sorular için “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30, 32,34,41,42,46,49,52,54,56,59,61,63. sorular için “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalamasının 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan kişinin 335 tam puan alması beklenmiştir.

Bu ölçek formu Uysal A.(1998) tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin alpha değeri 0.9240, 1.alt ölçeğin alpha değeri 0.8653, 2.alt ölçeğin alpha değeri 0.8310, 3.alt ölçeğin alpha değeri 0.8072, 4. alt ölçeğin alpha değeri 0.8920, 5. alt ölçeğin alpha değeri 0.5960 ve 6. alt ölçeğin alpha değeri 0.8552 olarak bulunmuştur (81).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, ölçeği çalışmasında kullanan Kocaer (2006) tarafından da tekrarlanmış, bu çalışmada da ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı 0.8112, alt ölçeklerin Cronbach’s alpha katsayıları 0.4783 ile 0.6347 arasında bulunmuştur (13).

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmacı her ASM'ye giderek önce ebe ve hemşirelere kendini tanıtmış, gerekli izinlerin alındığını belirtmiş, çalışma ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapmış; sonrasında elde edilen verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yaparak anketleri dağıtmıştır. Gözetim altında anket yöntemiyle anketi doldurmaları sağlanmıştır. Ankette anlaşılmayan noktalarda araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Anketlerin ortalama yanıtlanma süresi 20-25 dakika olmuştur. Bu süre bazen o sıradaki hasta yoğunluğu nedeniyle uzamıştır.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Anketlerle toplanan veriler, SPSS 21.0 (Statistical Package For Social Sciences, version 21) programına aktarılmış ve daha sonra bu program kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma 01.09.2014 - 30.09.2014 tarihleri arasında Denizli il merkezindeki toplam 50 ASM'de çalışan 165 aile sağlığı elemanı (ASE) üzerinde yapılmıştır.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin %79.3'ü (131 kişi) ebe,%20.7'si (34 kişi) hemşiredir.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin yaşları 19 ile 58 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 39.0 ± 6.2 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre ASE'lerin %4.8'i (8 kişi) 30 yaş ve altında, %64.2'si (106 kişi) 31-40 yaş arası grupta, %31.0 (51 kişi) 41 yaş ve üzerigrupta bulunmaktadır. Ebelerin yaşları 24 ile 58 arasında değişmektedir, yaş ortalaması 39.0 ± 5.0 'dir. Ebelerin 30 yaş ve altında %1.5'i (2 kişi), 31-40 yaş arası grupta %71.0'ı (93 kişi), 41 yaş ve üzeri grupta %27.5'i (36 kişi) bulunmaktadır. Hemşirelerin yaşları 19 ile 55 arasında değişmektedir, yaş ortalaması 39.2 ± 9.5 'dir. Hemşirelerin 30 yaş ve altında %17.6'sı (6 kişi), 31-40 yaş arası grupta %38.2'si (13 kişi), 41 yaş ve üzeri grupta %44.2'i (15 kişi) bulunmaktadır. Ebe ve hemşire gruplarına göre yaş dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.001$).

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin %86.6'sı (143 kişi) evli, %6.7'si (11 kişi) bekar, %5.5'i (9 kişi) boşanmış/ayrı'dır ve %1.2'sinin (2 kişi) eşi vefat etmiştir. Ebelerin %90.1'i (118 kişi) evli, %3.8'i (5 kişi) bekar, %5.3'ü (7 kişi) boşanmış/ayrı'dır ve %0.8'inin (1 kişi) ise eşi vefat etmiştir. Hemşirelerin %73.5'i (25 kişi) evli, %17.6'sı (6 kişi) bekar, %5.9'u (2 kişi) boşanmış/ayrı'dır ve %3.0'ının (1 kişi) ise eşi vefat etmiştir.

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler eğitim durumu göre değerlendirildiğinde; ebelerin %13.7'si (18 kişi) lise, %46.6'sı (61 kişi) yüksekokul (2 yıl), %39.7'si (52 kişi) lisans (4 yıl); hemşirelerde %8.8'i (3 kişi) lise, %44.1'i (15 kişi) yüksekokul (2 yıl), %47.1'i (16 kişi) lisans (4 yıl) ve toplamda da %12.7'si (21 kişi) lise, %46.1'i (76 kişi) yüksekokul (2 yıl), %41.2'si (68 kişi) lisans (4 yıl) mezunu olarak bulunmuştur.

Meslekte çalışma sürelerine bakacak olursak; ebelerin %11.5'i (15 kişi) 10 yıl ve altı çalışan grupta, %52.6'si (69 kişi) 11-20 yıl arası çalışan grupta, %35.9'u (47 kişi) 21 yıl ve üzeri çalışan grupta; hemşirelerin ise %20.6'sı (7 kişi) 10 yıl ve altı çalışan grupta, %38.2'si (13 kişi) 11-20 yıl arası çalışan grupta, %41.2'si (14 kişi) 21

yıl ve üzeri çalışan grupta ve toplam ASE'lerin %13.3'ü (22 kişi) 10 yıl ve altı çalışan grupta, %49.7'si (82 kişi) 11-20 yıl arası çalışan grupta, %37.0'ı (61 kişi) 21 yıl ve üzeri çalışan grupta yer almaktadır.

Ebelerin %93.9'u (123 kişi), hemşirelerin %82.3'i (28 kişi), toplamda da %91.5'i(151 kişi) çocuk sahibidir. Çocuklara bakan kişi değerlendirildiğinde ASE'lerin %55'inin (83 kişi) çocuğunun yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı bulunmamaktadır, %23.2'sinin (35 kişi) çocuğuna anne, kayınvalide veya yakın akraba, %6.6'sının (10 kişi) çocuğuna bakıcı bakmaktadır. Çocukların %15.2'si (23 kişi) ise kreşe ya da yuvaya gitmektedir. Çocuk sahibi olma durumuna göre ebe ve hemşire grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (**p<0.05**).

Araştırmaya dahil edilen olguların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ebe ve hemşirelerin bazı sosyodemografik bilgileri

Sosyodemografik Değişkenler		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	30 yaş ve altı	2	1.5	6	17.6	8	4.8
	31-40	93	71.0	13	38.2	106	64.2
	41 yaş ve üzeri	36	27.5	15	44.2	51	31.0
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0
Medeni Durum	Evli	118	90.1	25	73.5	143	86.6
	Bekar	5	3.8	6	17.6	11	6.7
	Boşanmış/Ayrı	7	5.3	2	5.9	9	5.5
	Eşi vefat etmiş	1	0.8	1	3.0	2	1.2
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0
Eğitim Durumu	Lise	18	13.7	3	8.8	21	12.7
	Yüksekokul	61	46.6	15	44.1	76	46.1
	Lisans	52	39.7	16	47.1	68	41.2
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0
Meslekte Çalışma Süresi	10 yıl ve altı	15	11.5	7	20.6	22	13.3
	11-20 yıl	69	52.6	13	38.2	82	49.7
	21 yıl ve üzeri	47	35.9	14	41.2	61	37.0
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	123	93.9	28	82.3	151	91.5
	Hayır	8	6.1	6	17.7	14	8.5
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0

n:Olgu sayısı

Ebelerin %30.5'i (40 kişi), hemşirelerin%23.5'i (8 kişi) öğrenimleri sırasında (mezuniyet öncesi) Çİİ (Çocuk İstismarı ve İhmalı) konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Ebe ve hemşireler öğrenim sırasında Çİİ eğitimi alma durumu açısından karşılaştırıldığında ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ebelerin %43.5'i (57 kişi), hemşirelerin %14.7'si (5 kişi) mezuniyet sonrasında Çİİ konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Mezuniyet sonrasında Çİİ konusunda eğitim alma durumuna göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bulgular Tablo 2 ve Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 2. Ebe ve hemşirelerin öğrenim sırasında Çİİ konusunda eğitimi

		Ebe		Hemşire		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Öğrenim Sırasında	Evet	40	30.5	8	23.5	48	29.1	0.423
	Çİİ Konusunda	Hayır	91	69.5	26	76.5	117	
Eğitim Alma	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0	

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali.

Pearson Ki-Kare Testi; n: Olgu Sayısı

Tablo 3. Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrası Çİİ konusunda eğitimi

		Ebe		Hemşire		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Mezuniyet Sonrası	Evet	57	43.5	5	14.7	62	37.6	0.002
	Çİİ Konusunda	Hayır	74	56.5	29	85.3	103	
Eğitim Alma	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0	

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali.

Pearson Ki-Kare Testi; n: Olgu Sayısı

Ebelerin %58.0'ı (76 kişi), hemşirelerin %67.6'sı (23 kişi) Çİİ konusunda daha fazla eğitim almak istediğini belirtmiştir. Çİİ konusunda daha fazla eğitim almayı isteme durumuna göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bulgular Tablo-4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Ebe ve hemşirelerin Çİİ konusunda bilgilenme isteği

		Ebe		Hemşire		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Çİİ Konusunda	Evet	76	58.0	23	67.6	99	60.0	0.307
	Bilgilenme İsteği	Hayır	55	42.0	11	32.4	66	
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0	

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali.

Pearson Ki-Kare Testi; n: Olgu Sayısı

Ebelerin %95.4'ü (125 kişi), hemşirelerin ise tamamı Çİİ olgusuyla karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını belirtmiştir. Bulgular Tablo-5'te özetlenmiştir.

Tablo 5.Ebe ve hemşirelerinÇİİ olgusu ile karşılaşınca bildirim yapma durumu

		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Çİİ Olgusuyla	Evet	125	95.4	34	100.0	159	96.4
Karşılaşınca	Hayır	6	4.6	0	0	6	3.6
Bildirim Yapma	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmal.
Olgu Sayısı

n:

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler içerisinde bildirim yapmayacaklarını belirtenlere bunun nedenleri sorulduğunda en fazla verilen yanıt “Çocuğu şimdiki durumundan daha kötü duruma düşürme endişesi” olmuştur. Bunun yanında “Sorunu kendisinin daha iyi çözebileceğini düşünmesi” yanıtını ise hiçbir katılımcı işaretlememiştir. Bulgular Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6. Çİİ olgusu ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını belirtenlerin (6 kişi) bildirim yapmama nedenleri

Nedenler	n	%
Konuyla ilgili yeterli bilgisinin olmadığını düşünmesi	2	33.3
Konu ile uğraşmak istememesi	1	16.6
Konuya ayıracak zamanının olmaması	1	16.6
Nereye bildirim yapacağını bilmemesi	1	16.6
Yasal süreçle uğraşmak istememesi	2	33.3
Sorunu kendisinin daha iyi çözebileceğini düşünmesi	0	0
Çocuğu şimdiki durumundan daha kötü duruma düşürme endişesi	3	50.0
Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünmesi	1	16.6

* Bu soruda birden fazla seçenek cevaplanmıştır.

n: Cevaplanma sayısı

Ebelerin %34.4’ü (45 kişi), hemşirelerin %29.4’ü (10 kişi) meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaştığını belirtmiştir. Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşma durumuna göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Bulgular Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7. Ebe ve hemşirelerin meslek hayatı boyunca Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu

		Ebe		Hemşire		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Meslekte Çİİ olgusu ile karşılaşma	Evet	45	34.4	10	29.4	55	33.3	0.586
	Hayır	86	65.6	24	70.6	110	66.7	
	Toplam	131	100.0	34	100.0	165	100.0	

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali.

Pearson Ki-Kare Testi; n: Olgu Sayısı

Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan ASE'lerin son 1 yıldaki Çİİ vakası sayısı incelendiğinde ebelerin %55.6'sı (25 kişi) hiç vaka görmemiş, %35.6'sı (16 kişi) 1-2 vaka görmüş, %8.8'i (4 kişi) ise 3 ve üzeri vakayla karşılaşmış; hemşirelerin %60'ı (6 kişi) hiç vaka görmemiş, %10'u (1 kişi) 1-2 vaka görmüş, %30'u (3 kişi) ise 3 ve üzeri vakayla karşılaşmıştır. Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşanların son 1 yılda Çİİ olgusuyla karşılaşma durumuna göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bulgular Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8. Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan ASE'lerin son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu

		Çİİ Olgusuyla Karşılaşma Durumu						p
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Son 1 yıl olgu sayısı	Olgu yok	25	55.6	6	60.0	31	56.4	0.104
	1-2 olgu	16	35.5	1	10.0	17	30.9	
	3 ve üzeri	4	8.9	3	30.0	7	12.7	
	Toplam	45	100.0	10	100.0	55	100.0	

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali; Pearson Ki-Kare Testi; n: Olgu Sayısı

Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan ASE'lere Çİİ olgusuyla karşılaştıklarında en çok zorlandıkları konular sorulduğunda en fazla verilen yanıt "Öykü Alma" daha sonrada "İlgili Kurumlarla İletişim / Yasal Süreç" olmuştur.

Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan ASE'lere Çİİ olgusuyla karşılaştıklarında ne yaptıkları sorulduğunda isen sık verilen yanıt "Durumu aile

hekimiyile paylaştım” olmuştur. Bunun yanında “Hiçbir şey yapmadım” seçeneği meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşanların %18.1’i tarafından işaretlenmiştir. Bulgular Tablo 9 ve Tablo 10’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan ASE’lerin (55 kişi) Çİİ olgusu ile karşılaştığında en çok zorlandıkları konular*

Konular	n	%
Öykü Alma	37	67.2
Fizik Muayene	12	21.8
Kayıt Tutuma	18	32.7
İlgili Kurumlarla İletişim / Yasal Süreç	26	47.2
Diğer	7	12.7

* Bu soruda birden fazla seçenek cevaplanmıştır.

n: Cevaplanma sayısı

Tablo 10. Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan ASE’lerin (55 kişi) Çİİ olgusu ile karşılaştığında ne yaptıkları*

	n	%
Hiçbir şey yapmamış	10	18.1
Durumu aile hekimiyile paylaşmış	26	47.2
Aile hekimiyile birlikte resmi makamlara bildirim yapmış	19	34.5
Çocuğun ailesiyile konuşmuş	20	36.3
Çocuğun kendisiyile yalnız olarak görüşmüş	10	18.1
Diğer	3	5.4

* Bu soruda birden fazla seçenek cevaplanmıştır.

n: Cevaplanma sayısı

Araştırma grubunda yer alan ASE’lerin“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” puanlarının genel ortalaması 3.75 ± 0.35 (median: 3.73, min-max: 2.85-4.72) olarak bulunmuştur (Şekil-1). Ebelerde genel ölçek puanı ortalaması 3.76 ± 0.36 (median: 3.74, min-max: 2.85-4.72); hemşirelerde genel ölçek puanı ortalaması 3.70 ± 0.34 (median: 3.69, min-max: 3.00-4.52) olarak saptanmıştır. Araştırma grubunda yer alan ASE’ler en yüksek puan ortalamasını (4.66 ± 0.67) “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarısını etkilemez” sorusundan alırken, en düşük puan ortalamasını (2.07 ± 1.06) ise “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı aşırı tepkilidirler” sorusundan almışlardır.

Alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması 3.87 ± 0.39 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.89) olmuştur (Şekil-1). Ebelerde İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması 3.88 ± 0.40 (median:3.84, min-max: 2.79-4.89), hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması 3.81 ± 0.36 (median:3.76, min-max: 3.11-4.58) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan ASE'ler İÇÜFB alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.60 ± 0.65) “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir” sorusundan, en düşük puanı (2.41 ± 1.00) ise “Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın olarak görülür” sorusundan almışlardır.

İİÇDB alt ölçek puanı ortalaması 3.84 ± 0.41 (median: 3.86, min-max: 2.87-4.73) olmuştur (Şekil-1). Ebelerde İİÇDB alt ölçek puanı ortalaması 3.84 ± 0.41 (median: 3.86, min-max: 2.87-4.73), hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması 3.85 ± 0.37 (median: 3.80, min-max: 3.07-4.47) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan ASE'ler İİÇDB alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.66 ± 0.67) “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarısını etkilemez” sorusundan, en düşük puanı (2.07 ± 1.06) ise “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağır verici uyaranlara karşı aşırı tepkilidirler” sorusundan almışlardır.

İÇÜB alt ölçek puanı ortalaması 3.92 ± 0.62 (median: 4.00, min-max: 2.29-5.00) olmuştur (Şekil-1). Ebelerde İÇÜB alt ölçek puanı ortalaması 3.94 ± 0.63 (median: 4.00, min-max: 2.29-5.00), hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması 3.85 ± 0.59 (median: 3.85, min-max: 2.43-5.00) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan ASE'ler İÇÜB alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.35 ± 0.67) “Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir” sorusundan, en düşük puanı (3.29 ± 1.21) ise “Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir” sorusundan almışlardır.

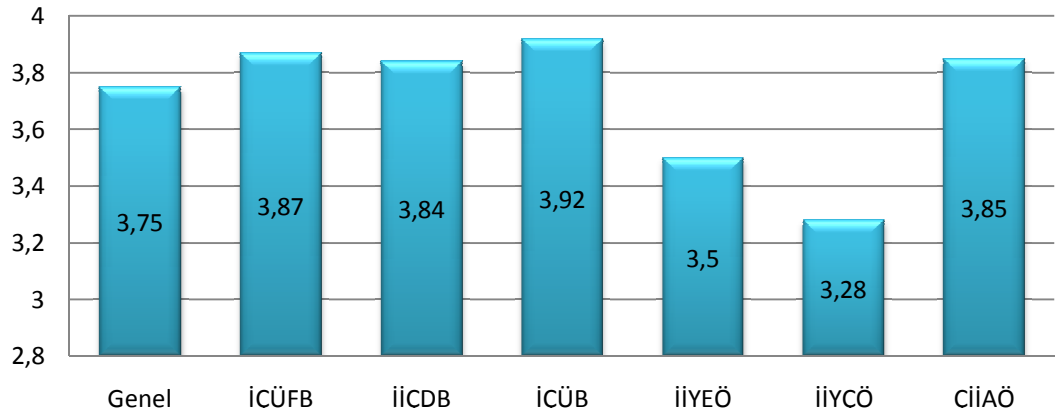
İİYEÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.50 ± 0.49 (median: 3.50, min-max: 2.33-5.00) olmuştur (Şekil-1). Ebelerde İİYEÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.51 ± 0.48 (median: 3.50, min-max: 2.33-5.00), hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması 3.42 ± 0.50 (median: 3.41, min-max: 2.67-4.67) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan ASE'ler İİYEÖ alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.35 ± 0.74) “Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir” sorusundan, en düşük puanı (2.78 ± 1.19) ise “Annenin zor bir

hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler” sorusundan almışlardır.

İİYÇÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.28 ± 0.53 (median: 3.16, min-max: 2.00-5.00) olmuştur (Şekil-1). Ebelerde İİYÇÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.31 ± 0.54 (median: 3.16, min-max: 2.00-5.00), hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması 3.14 ± 0.46 (median: 3.00, min-max: 2.33-4.50) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan ASE’ler İİYÇÖ alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (3.80 ± 1.01) “Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır” sorusundan, en düşük puanı (2.55 ± 1.14) ise “Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez” sorusundan almışlardır.

ÇİİAÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.85 ± 0.52 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olmuştur (Şekil-1). Ebelerde ÇİİAÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.86 ± 0.53 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00), hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması 3.81 ± 0.50 (median: 3.75, min-max: 2.75-5.00) olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda yer alan ASE’ler ÇİİAÖ alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.35 ± 0.67) “Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir” sorusundan, en düşük puanı (3.30 ± 1.08) ise “Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir” sorusundan almışlardır.

Ebe ve hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bulgular Tablo-11’de özetlenmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların genel ölçek ve alt ölçeklerin puan ortalamaları

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellik

Tablo 11. Ebe ve hemşirelerin genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Meslek		P
	Ebe n=131	Hemşire n=34	
	Ort. Puan±SD	Ort. Puan±SD	
Genel Ölçek	3.76±0.36	3.70±0.34	*0.329
İÇÜFB	3.88±0.40	3.81±0.36	*0.350
İİÇDB	3.84±0.41	3.85±0.37	**0.969
İÇÜB	3.94±0.63	3.85±0.59	**0.420
İİYEÖ	3.51±0.48	3.42±0.50	*0.327
İİYÇÖ	3.31±0.54	3.14±0.46	**0.054
ÇİİAÖ	3.86±0.53	3.81±0.50	*0.627

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; 30 ve altı yaş grubunda olanların genel ölçek puan ortalaması 3.91 ± 0.40 (median: 3.79, min-max: 3.46-4.52), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.98 ± 0.43 (median: 3.89, min-max: 3.47-4.58), İİÇDB için 4.06 ± 0.38 (median: 4.13, min-max: 3.47-4.47), İÇÜB için 4.10 ± 0.65 (median: 4.21, min-max: 2.86-5.00), İİYEÖ için 3.60 ± 0.57 (median: 3.45, min-max: 2.92-4.67), İİYÇÖ için 3.50 ± 0.61 (median: 3.50, min-max: 2.83-4.50), ÇİİAÖ için 4.09 ± 0.59 (median: 4.00, min-max: 3.38-5.00) olarak bulunmuştur.

31-40 yaş arası grupta olanların genel ölçek puan ortalaması 3.79 ± 0.36 (median: 3.76, min-max: 3.00-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.89 ± 0.41 (median: 3.84, min-max: 3.00-4.89), İİÇDB için 3.87 ± 0.41 (median: 3.86, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 3.96 ± 0.63 (median: 4.00, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.58 ± 0.46 (median: 3.58, min-max: 2.50-5.00), İİYÇÖ için 3.33 ± 0.53 (median: 3.16, min-max: 2.33-5.00), ÇİİAÖ için 3.91 ± 0.52 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

41 yaş ve üzeri grupta olanların genel ölçek puan ortalaması 3.63 ± 0.29 (median: 3.59, min-max: 2.85-4.19), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.80 ± 0.34 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.37), İİÇDB için 3.74 ± 0.37 (median: 3.73, min-max: 2.87-4.33), İÇÜB için 3.82 ± 0.59 (median: 3.85, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için 3.30 ± 0.48 (median: 3.25, min-max: 2.33-4.33), İİYÇÖ için 3.13 ± 0.50 (median: 3.00, min-max: 2.00-4.50), ÇİİAÖ için 3.70 ± 0.49 (median: 3.62, min-max: 2.75-5.00) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin yaş gruplarına göre, "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bulgular Tablo-12'de özetlenmiştir.

Tablo 12. Yaş grupları ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Yaş Grupları			p
	30 yaş ve altı n=8	31- 40 yaş n=106	41 yaş ve üzeri n=51	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.91±0.40	3.79±0.36	3.63±0.29	*0.564
İÇÜFB	3.98±0.43	3.89±0.41	3.80±0.34	*0.689
İİÇDB	4.06±0.38	3.87±0.41	3.74±0.37	*0.237
İÇÜB	4.10±0.65	3.96±0.63	3.82±0.59	*0.522
İİYEÖ	3.60±0.57	3.58±0.46	3.30±0.48	*0.881
İİYÇÖ	3.50±0.61	3.33±0.53	3.13±0.50	*0.543
ÇİİAÖ	4.09±0.59	3.91±0.52	3.70±0.49	*0.519

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

***Kruskal-WallisTest;** n: Olgu sayısı; **SD:** Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler çocuk sahibi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; çocuğu olan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.75±0.34 (median: 3.74, min-max: 2.85-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.88±0.38 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.89), İİÇDB için 3.84±0.40 (median: 3.86, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.95±0.60 (median: 4.00, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.50±0.49 (median: 3.50, min-max: 2.33-5.00), İİYÇÖ için 3.27±0.53 (median: 3.16, min-max: 2.00-5.00), ÇİİAÖ için 3.85±0.52 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Çocuğu olmayan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.67±0.42 (median: 3.70, min-max: 3.00-4.45), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.75±0.49 (median: 3.73, min-max: 3.00-4.74), İİÇDB için 3.84±0.43 (median: 3.86, min-max: 3.00-4.47), İÇÜB için 3.65±0.75 (median: 3.78, min-max: 2.43-4.86), İİYEÖ için 3.40±0.47 (median: 3.37, min-max: 2.67-4.08), İİYÇÖ için 3.38±0.57 (median: 3.16,

min-max: 2.50-4.50), ÇİİAÖ için 3.81±0.56 (median: 3.62, min-max: 3.00-5.00) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin çocuk sahibi olma durumlarına göre, "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bulgular Tablo-13'te özetlenmiştir.

Tablo 13. Çocuk sahibi olma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çocuk Sahibi Olma Durumu		p
	Var n=151	yok n=14	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.75±0.34	3.67±0.42	*0.402
İÇÜFB	3.88±0.38	3.75±0.49	*0.232
İİÇDB	3.84±0.40	3.84±0.43	**0.986
İÇÜB	3.95±0.60	3.65±0.75	**0.137
İİYEÖ	3.50±0.49	3.40±0.47	*0.426
İİYÇÖ	3.27±0.53	3.38±0.57	**0.594
ÇİİAÖ	3.85±0.52	3.81±0.56	*0.751

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerden çocuğu olanlar değerlendirildiğinde; çocuğunun yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı olmayan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.72±0.33 (median: 3.71, min-max: 2.85-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.87±0.37 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.68), İİÇDB için 3.83±0.39 (median: 3.86, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.97±0.60 (median: 4.00, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için 3.43±0.51 (median: 3.41, min-max: 2.33-5.00),

İİYÇÖ için 3.20 ± 0.54 (median: 3.16, min-max: 2.00-5.00), ÇİİAÖ için 3.78 ± 0.48 (median: 3.75, min-max: 2.75-5.00) olarak bulunmuştur.

Çocuğu anne, kayınvalide veya diğer yakın akrabalar tarafından bakılan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.69 ± 0.28 (median: 3.68, min-max: 3.00-4.36), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.80 ± 0.36 (median: 3.73, min-max: 3.11-4.63), İİÇDB için 3.80 ± 0.35 (median: 3.80, min-max: 3.07-4.73), İÇÜB için 3.65 ± 0.57 (median: 3.57, min-max: 2.29-4.71), İİYEÖ için 3.54 ± 0.43 (median: 3.50, min-max: 2.50-4.42), İİYÇÖ için 3.28 ± 0.49 (median: 3.16, min-max: 2.33-4.50), ÇİİAÖ için 3.82 ± 0.50 (median: 3.75, min-max: 2.50-4.88) olarak bulunmuştur.

Çocuğu bakıcı tarafından bakılan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.95 ± 0.35 (median: 3.90, min-max: 3.39-4.49), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 4.05 ± 0.24 (median: 3.97, min-max: 3.74-4.58), İİÇDB için 3.97 ± 0.40 (median: 3.96, min-max: 3.33-4.73), İÇÜB için 4.17 ± 0.59 (median: 4.00, min-max: 3.14-5.00), İİYEÖ için 3.67 ± 0.39 (median: 3.66, min-max: 3.00-4.25), İİYÇÖ için 3.58 ± 0.59 (median: 3.41, min-max: 3.00-4.67), ÇİİAÖ için 4.21 ± 0.65 (median: 4.31, min-max: 3.25-5.00) olarak bulunmuştur.

Çocuğu kreş, yuva vb. giden grupta genel ölçek puan ortalaması 3.86 ± 0.42 (median: 3.76, min-max: 3.00-4.66), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.96 ± 0.46 (median: 3.84, min-max: 3.00-4.89), İİÇDB için 3.88 ± 0.50 (median: 3.93, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 4.23 ± 0.51 (median: 4.14, min-max: 3.00-5.00), İİYEÖ için 3.65 ± 0.49 (median: 3.66, min-max: 2.75-4.67), İİYÇÖ için 3.34 ± 0.50 (median: 3.16, min-max: 2.50-4.67), ÇİİAÖ için 4.00 ± 0.58 (median: 4.00, min-max: 2.00-5.00) olarak bulunmuştur.

İkili gruplar arasında analiz yapıldığında İÇÜB alt ölçeği için “yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı yok” ve “anne, kayınvalide veya diğer yakın akrabalar” grupları arasında; “anne, kayınvalide veya diğer yakın akrabalar” ve “kreş, yuva vb.” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca ÇİİAÖ alt ölçeği için “yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı yok” ve “bakıcı” grupları arasında; “anne, kayınvalide veya diğer yakın akrabalar” ve “bakıcı” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Bulgular Tablo-14’te özetlenmiştir.

Tablo 14. Çocuğa bakan kişi ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çocuğa Bakan Kişi				p
	Bakıcı ihtiyacı yok n=83 Ort. Puan ±SD	Anne, yakın akraba n=35 Ort. Puan ±SD	Bakıcı n=10 Ort. Puan ±SD	Kreş, yuva n=23 Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.72±0.33	3.69±0.28	3.95±0.35	3.86±0.42	**0.062
İÇÜFB	3.87±0.37	3.80±0.36	4.05±0.24	3.96±0.46	**0.192
İİÇDB	3.83±0.39	3.80±0.35	3.97±0.40	3.88±0.50	**0.673
İÇÜB	3.97±0.60	3.65±0.57	4.17±0.59	4.23±0.51	*0.002
İİYEÖ	3.43±0.51	3.54±0.43	3.67±0.39	3.65±0.49	**0.166
İİYÇÖ	3.20±0.54	3.28±0.49	3.58±0.59	3.34±0.50	*0.241
ÇİİAÖ	3.78±0.48	3.82±0.50	4.21±0.65	4.00±0.58	**0.045

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

Kruskal-Wallis Test;** *ANOVA;** **n:** Olgu sayısı; **SD:** Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde; lise mezunu grupta genel ölçek puan ortalaması 3.72±0.35 (median: 3.73, min-max: 3.06-4.40), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.79±0.40 (median: 3.68, min-max: 3.06-4.40), İİÇDB için 3.74±0.51 (median: 3.66, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 4.17±0.46 (median: 4.14, min-max: 3.14-4.86), İİYEÖ için 3.44±0.44 (median: 3.56, min-max: 2.58-4.25), İİYÇÖ için 3.27±0.69 (median: 3.33, min-max: 2.00-4.50), ÇİİAÖ için 3.85±0.52 (median: 3.87, min-max: 2.88-4.88) olarak bulunmuştur.

Yüksekokul mezunu grupta genel ölçek puan ortalaması 3.73±0.35 (median: 3.73, min-max: 2.85-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.87±0.37 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.63), İİÇDB için 3.85±0.39 (median: 3.90, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.88±0.65 (median: 3.92, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için

3.47±0.53 (median: 3.41, min-max: 2.33-5.00), İİYÇÖ için 3.23±0.47 (median: 3.16, min-max: 2.33-5.00), ÇİİAÖ için 3.80±0.57 (median: 3.81, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Lisans mezunu grupta genel ölçek puan ortalaması 3.78±0.35 (median: 3.73, min-max: 3.00-4.66), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.89±0.41 (median: 3.89, min-max: 3.00-4.89), İİÇDB için 3.86±0.37 (median: 3.83, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 3.90±0.62 (median: 3.85, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.34±0.45 (median: 3.58, min-max: 2.67-4.58), İİYÇÖ için 3.33±0.54 (median: 3.16, min-max: 2.33-4.67), ÇİİAÖ için 3.91±0.47 (median: 3.87, min-max: 3.00-5.00)'dir.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin eğitim durumlarına göre, "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Bulgular Tablo-15'te özetlenmiştir.

Tablo 15. Eğitim durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim Durumu			p
	Lise n=18	Yüksekokul n=61	Lisans n=52	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.72±0.35	3.73±0.35	3.78±0.35	**0.669
İÇÜFB	3.79±0.40	3.87±0.37	3.89±0.41	**0.556
İİÇDB	3.74±0.51	3.85±0.39	3.86±0.37	**0.471
İÇÜB	4.17±0.46	3.88±0.65	3.90±0.62	*0.174
İİYEÖ	3.44±0.44	3.47±0.53	3.34±0.45	**0.578
İİYÇÖ	3.27±0.69	3.23±0.47	3.33±0.54	*0.552
ÇİİAÖ	3.85±0.52	3.80±0.57	3.91±0.47	*0.786

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Kruskal-Wallis Test; **ANOVA; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler meslekte çalışma sürelerine göre değerlendirildiğinde; meslekte çalışma süresi 10 yıl ve altı olan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.88 ± 0.35 (median: 3.75, min-max: 3.31-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.97 ± 0.40 (median: 3.86, min-max: 3.32-4.63), İİÇDB için 3.97 ± 0.43 (median: 3.96, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 4.15 ± 0.49 (median: 4.14, min-max: 2.86-5.00), İİYEÖ için 3.62 ± 0.49 (median: 3.54, min-max: 2.92-5.00), İİYÇÖ için 3.47 ± 0.59 (median: 3.41, min-max: 2.50-5.00), ÇİİAÖ için 3.97 ± 0.54 (median: 3.87, min-max: 3.13-5.00) olarak bulunmuştur.

Meslekte çalışma süresi 11-20 yıl arası olan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.77 ± 0.36 (median: 3.76, min-max: 3.00-4.55), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.87 ± 0.40 (median: 3.84, min-max: 3.00-4.74), İİÇDB için 3.86 ± 0.40 (median: 3.86, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 3.88 ± 0.64 (median: 3.92, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.57 ± 0.47 (median: 3.58, min-max: 2.50-4.58), İİYÇÖ için 3.29 ± 0.51 (median: 3.16, min-max: 2.33-4.67), ÇİİAÖ için 3.90 ± 0.52 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Meslekte çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.67 ± 0.33 (median: 3.64, min-max: 2.85-4.66), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.82 ± 0.37 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.89), İİÇDB için 3.77 ± 0.38 (median: 3.73, min-max: 2.87-4.60), İÇÜB için 3.90 ± 0.63 (median: 3.85, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için 3.35 ± 0.48 (median: 3.41, min-max: 2.33-4.33), İİYÇÖ için 3.18 ± 0.53 (median: 3.16, min-max: 2.00-4.67), ÇİİAÖ için 3.74 ± 0.51 (median: 3.75, min-max: 2.75-5.00) olarak bulunmuştur.

İkili gruplar arasında analiz yapıldığında İİYEÖ alt ölçeği için meslekte çalışma süresi 11-20 arası olan grup ile 21 yıl ve üzeri olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca genel ölçek puan ortalaması için meslekte çalışma süresi 10 yıl ve altı olan grup ile 21 yıl ve üzeri olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Bulgular Tablo-16'da özetlenmiştir.

Tablo 16. Meslekte çalışma süresi ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Meslekte Çalışma Süresi			p
	10 yıl ve altı n=22	11-20 yıl n=82	21 yıl ve üzeri n=61	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.88±0.35	3.77±0.36	3.67±0.33	**0.038
İÇÜFB	3.97±0.40	3.87±0.40	3.82±0.37	**0.338
İİÇDB	3.97±0.43	3.86±0.40	3.77±0.38	**0.108
İÇÜB	4.15±0.49	3.88±0.64	3.90±0.63	**0.187
İİYEÖ	3.62±0.49	3.57±0.47	3.35±0.48	*0.017
İİYÇÖ	3.47±0.59	3.29±0.51	3.18±0.53	*0.088
ÇİİAÖ	3.97±0.54	3.90±0.52	3.74±0.51	**0.099

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Kruskal-Wallis Test; **ANOVA; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin meslek hayatı boyunca Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu değerlendirildiğinde; meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.75±0.35 (median: 3.67, min-max: 3.04-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.85±0.34 (median: 3.84, min-max: 3.00-4.68), İİÇDB için 3.81±0.35 (median: 3.80, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 3.97±0.57 (median: 4.00, min-max: 2.57-5.00), İİYEÖ için 3.55±0.50 (median: 3.50, min-max: 2.67-5.00), İİYÇÖ için 3.23±0.62 (median: 3.16, min-max: 2.00-5.00), ÇİİAÖ için 3.86±0.48 (median: 3.87, min-max: 2.88-5.00) olarak bulunmuştur.

Meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşmayan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.75±0.35 (median: 3.74, min-max: 2.85-4.66), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.88±0.41 (median: 3.86, min-max: 2.79-4.89), İİÇDB için 3.86±0.42 (median: 3.86, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.90±0.64 (median: 4.00,

min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.47±0.48 (median: 3.50, min-max: 2.33-4.58), İİYÇÖ için 3.30±0.48 (median: 3.16, min-max: 2.33-4.67), ÇİİAÖ için 3.85±0.54 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin meslek hayatında Çİİ olgusuyla karşılaşma durumlarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Bulgular Tablo-17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin meslek hayatı boyunca Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çİİ olgusu ile karşılaşma durumu		p
	Evet n=55	Hayır n=110	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.75±0.35	3.75±0.35	*0.969
İÇÜFB	3.85±0.34	3.88±0.41	*0.702
İİÇDB	3.81±0.35	3.86±0.42	*0.499
İÇÜB	3.97±0.57	3.90±0.64	**0.615
İİYEÖ	3.55±0.50	3.47±0.48	**0.274
İİYÇÖ	3.23±0.62	3.30±0.48	**0.363
ÇİİAÖ	3.86±0.48	3.85±0.54	**0.862

Çİİ: Çocuk istismarı ve İhmali; **İÇÜFB:** İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşma durumlarına göre değerlendirildiğinde; son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.76±0.39 (median: 3.68, min-max: 3.04-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.88±0.38 (median: 3.86, min-max: 3.00-4.58), İİÇDB için 3.79±0.42 (median: 3.83, min-max: 3.07-4.73), İÇÜB

için 4.05±0.60 (median: 4.07, min-max: 2.71-5.00), İİYEÖ için 3.57±0.57 (median: 3.58, min-max: 2.67-5.00), İİYÇÖ için 3.31±0.63 (median: 3.16, min-max: 2.50-5.00), ÇİİAÖ için 3.77±0.53 (median: 3.62, min-max: 3.13-5.00)'tir.

Son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşmayan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.74±0.32 (median: 3.67, min-max: 3.06-4.40), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.83±0.31 (median: 3.84, min-max: 3.32-4.63), İİÇDB için 3.83±0.30 (median: 3.80, min-max: 3.00-4.27), İÇÜB için 3.92±0.55 (median: 3.85, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için 3.54±0.44 (median: 3.41, min-max: 2.83-4.33), İİYÇÖ için 3.17±0.61 (median: 3.16, min-max: 2.00-4.67), ÇİİAÖ için 3.93±0.43 (median: 4.00, min-max: 2.88-4.88) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşma durumlarına göre, gruplar arasında ÇİİAÖ alt ölçeği için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bulgular Tablo-18'de özetlenmiştir.

Tablo 18. Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin son 1 yıl içerisinde Çİİ olgusuyla karşılaşma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Son 1 yıl Çİİ olgusu ile karşılaşma durumu		p
	evet n=24	Hayır n=31	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.76±0.39	3.74±0.32	**0.857
İÇÜFB	3.88±0.38	3.83±0.31	**0.569
İİÇDB	3.79±0.42	3.83±0.30	**0.685
İÇÜB	4.05±0.60	3.92±0.55	**0.407
İİYEÖ	3.57±0.57	3.54±0.44	**0.824
İİYÇÖ	3.31±0.63	3.17±0.61	*0.739
ÇİİAÖ	3.77±0.53	3.93±0.43	* 0.037

Çİİ: Çocuk istismarı ve İhmali; İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler öğrenim sırasında Çİİ eğitimi alma durumlarına göre değerlendirildiğinde; öğrenim sırasında Çİİ eğitimi alan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.79 ± 0.32 (median: 3.76, min-max: 3.06-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.88 ± 0.35 (median: 3.84, min-max: 3.32-4.74), İİÇDB için 3.94 ± 0.40 (median: 3.93, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 4.00 ± 0.56 (median: 4.00, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için 3.52 ± 0.44 (median: 3.50, min-max: 2.58-5.00), İİYÇÖ için 3.29 ± 0.60 (median: 3.16, min-max: 2.33-5.00), ÇİİAÖ için 3.93 ± 0.49 (median: 3.93, min-max: 2.75-5.00) olarak bulunmuştur.

Öğrenim sırasında Çİİ eğitimi almayan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.73 ± 0.36 (median: 3.70, min-max: 2.85-4.66), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.86 ± 0.40 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.89), İİÇDB için 3.80 ± 0.40 (median: 3.73, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.89 ± 0.65 (median: 4.00, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.49 ± 0.50 (median: 3.50, min-max: 2.33-4.67), İİYÇÖ için 3.27 ± 0.50 (median: 3.16, min-max: 2.00-4.67), ÇİİAÖ için 3.82 ± 0.53 (median: 3.75, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin öğrenim sırasında Çİİ eğitimi alma durumlarına göre, gruplar arasında İİÇDB alt ölçeği için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (**$p < 0.05$**). Bulgular Tablo-19'da özetlenmiştir.

Tablo 19. Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin öğrenim sırasında Çİİ eğitimi alma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Öğrenim sırasında Çİİ eğitimi alma durumu		p
	Evet n=48	Hayır n=117	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.79±0.32	3.73±0.36	*0.271
İÇÜFB	3.88±0.35	3.86±0.40	*0.790
İİÇDB	3.94±0.40	3.80±0.40	**0.027
İÇÜB	4.00±0.56	3.89±0.65	**0.425
İİYEÖ	3.52±0.44	3.49±0.50	**0.765
İİYÇÖ	3.29±0.60	3.27±0.50	**0.960
ÇİİAÖ	3.93±0.49	3.82±0.53	*0.199

Çİİ: Çocuk istismarı ve İhmal; **İÇÜFB:** İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmalde Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmalde Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler mezuniyet sonrasında Çİİ eğitimi alma durumlarına göre değerlendirildiğinde; mezuniyet sonrasında Çİİ eğitimi alan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.78±0.32 (median: 3.77, min-max: 3.04-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.89±0.37 (median: 3.84, min-max: 3.00-4.74), İİÇDB için 3.87±0.35 (median: 3.93, min-max: 3.00-4.73), İÇÜB için 3.96±0.64 (median: 4.00, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.56±0.42 (median: 3.58, min-max: 2.67-5.00), İİYÇÖ için 3.34±0.55 (median: 3.33, min-max: 2.33-5.00), ÇİİAÖ için 3.88±0.48 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Mezuniyet sonrasında Çİİ eğitimi almayan grupta genel ölçek puan ortalaması 3.72±0.37 (median: 3.68, min-max: 2.85-4.66), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.86±0.40 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.89), İİÇDB için 3.82±0.43 (median: 3.80, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.91±0.61 (median: 3.85, min-max: 2.43-5.00), İİYEÖ için 3.45±0.52 (median: 3.41, min-max: 2.33-4.67), İİYÇÖ için

3.24±0.51 (median: 3.16, min-max: 2.00-4.67), ÇİİAÖ için 3.83±0.54 (median: 3.75, min-max: 2.75-5.00) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin mezuniyet sonrasında eğitim alma durumlarına göre, "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Bulgular Tablo-20'de özetlenmiştir.

Tablo 20. Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin mezuniyet sonrasında Çİİ eğitimi alma durumu ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Mezuniyet sonrasında Çİİ eğitimi alma durumu		p
	evet n=62	Hayır n=103	
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.78±0.32	3.72±0.37	*0.297
İÇÜFB	3.89±0.37	3.86±0.40	*0.611
İİÇDB	3.87±0.35	3.82±0.43	*0.444
İÇÜB	3.96±0.64	3.91±0.61	**0.500
İİYEÖ	3.56±0.42	3.45±0.52	*0.155
İİYÇÖ	3.34±0.55	3.24±0.51	**0.128
ÇİİAÖ	3.88±0.48	3.83±0.54	**0.381

Çİİ: Çocuk istismarı ve İhmali; **İÇÜFB:** İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

Araştırma grubunda yer alan ASE'ler Çİİ konusunda eğitim almayı isteme durumlarına göre değerlendirildiğinde; Çİİ konusunda eğitim almayı isteyen grupta genel ölçek puan ortalaması 3.77±0.36 (median: 3.73, min-max: 3.00-4.72), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.89±0.37 (median: 3.89, min-max: 3.00-4.89), İİÇDB için 3.86±0.41 (median: 3.86, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 4.00±0.58 (median: 4.00, min-max: 2.71-5.00), İİYEÖ için 3.51±0.51 (median: 3.50, min-max:

2.58-5.00), İİYÇÖ için 3.25 ± 0.58 (median: 3.16, min-max: 2.00-5.00), ÇİİAÖ için 3.85 ± 0.52 (median: 3.87, min-max: 2.50-5.00) olarak bulunmuştur.

Çİİ konusunda eğitim almayı istemeyen gruptagenel ölçek puan ortalaması 3.72 ± 0.33 (median: 3.73, min-max: 2.85-4.45), alt ölçek puan ortalamaları İÇÜFB için 3.83 ± 0.41 (median: 3.84, min-max: 2.79-4.74), İİÇDB için 3.82 ± 0.39 (median: 3.83, min-max: 2.87-4.73), İÇÜB için 3.81 ± 0.67 (median: 3.85, min-max: 2.29-5.00), İİYEÖ için 3.48 ± 0.44 (median: 3.50, min-max: 2.33-4.33), İİYÇÖ için 3.31 ± 0.45 (median: 3.16, min-max: 2.50-4.50), ÇİİAÖ için 3.85 ± 0.53 (median: 3.87, min-max: 2.25-5.00) olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin Çİİ konusunda eğitim almayı isteme durumlarına göre, "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bulgular Tablo-21'de özetlenmiştir.

Tablo 21. Araştırma grubunda yer alan ASE'lerinÇİİ konusunda eğitim almayı isteme durumları ile genel ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Çİİ konusunda eğitim almayı istemedurumu			
	Evet n=99	hayır n=66	p
	Ort. Puan ±SD	Ort. Puan ±SD	
Genel Ölçek	3.77±0.36	3.72±0.33	*0.398
İÇÜFB	3.89±0.37	3.83±0.41	*0.273
İİÇDB	3.86±0.41	3.82±0.39	*0.553
İÇÜB	4.00±0.58	3.81±0.67	**0.079
İİYEÖ	3.51±0.51	3.48±0.44	**0.908
İİYÇÖ	3.25±0.58	3.31±0.44	**0.322
ÇİİAÖ	3.85±0.52	3.85±0.53	**0.881

Çİİ: Çocuk istismarı ve İhmali; **İÇÜFB:** İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; **İİÇDB:** İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İÇÜB:** İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler.

*Independent Samples T-Test; **Mann-Whitney U Test; n: Olgu sayısı; SD: Standart sapma

TARTIŞMA

Çocuk istismarı ve ihmali bir halk sağlığı sorunu ve çocukların insan haklarının ihlalidir. İstismar ve ihmalin, çocukların gelecek yaşamları üzerinde fiziksel, duygusal ve sosyal yönden büyük etkisi olmaktadır (83).

Çocuk istismarı ve ihmali birçok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu bakımdan istismarın önlenmesi, erken tanısı, tedavisi önem taşımaktadır. Dolayısıyla bu konuda kilit rol oynayan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Çalışmamız Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerle yapılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi, erken tanısı, tedavisinde önemli rolleri olan, birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin bu konudaki mesleki deneyimlerinin, bilgi ve farkındalık düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

Araştırma grubunda yer alan aile sağlığı elemanlarının (ASE) %79.3'ü ebe, %20.7'si hemşiredir. Araştırmamızda birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirelerden daha çok ebelerin çalıştığı saptanmıştır.

Sağlık Bakanlığı ebelerin görevlerini; cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, gebelik tanısını koymak ve izlemine yapmak, doğum sürecini yönetmek, doğum sonrası yenidoğan ve anne bakımını sağlamak, 0-6 yaş çocuk bakımı ve izleminde görev almak, gebelerin ve 0-6 yaş çocukların bağışıklama hizmetini vermek, aile planlamasında danışmanlık yapmak şeklinde tanımlamıştır (97).

Birinci basamakta 15-49 yaş kadınların izlemi, gebe, loğusa takibi, yenidoğan, bebek izlemi, aile planlaması gibi hizmetler verilmekte ve bu hizmetlerdeki bir eksiklik durumunda cezai yaptırımlar olmaktadır. Bu alanlardaki eğitim ve tecrübelerinin daha fazla olmasından dolayı ebelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha sık tercih edildiği düşünülmüştür.

Araştırma grubunda yer alan ASE'lerin yaşları incelendiğinde, genel yaş ortalaması 39.0 ± 6.2 , ebelerin yaş ortalaması 39.0 ± 5.0 , hemşirelerin yaş ortalaması ise 39.2 ± 9.5 olarak bulunmuştur. ASE'ler en çok 31-40 yaş grubunda (%64.2) bulunmaktadır. Ebeler %71.0 ile en çok 31-40 yaş grubunda, hemşireler ise %44.1

ile en çok 41 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$).

Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların genellikle orta yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin yaş ortalamasının ebeler göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde ebelerin %93.9'unun, hemşirelerin ise %82.4'ünün çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olma durumu ile ebe ve hemşire grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerde evli olanların ebeler göre daha az sayıda olması bu durumun nedeni olabilir.

Araştırma grubunun meslekte çalışma süresi incelendiğinde ebelerin en yüksek oranda 11- 20 yıl arası grupta, hemşirelerin ise 21 yıl ve üzeri grupta yer aldığı tespit edilmiştir. Ancak meslekte çalışma süresi açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma grubu eğitim durumuna göre incelendiğinde ebelerin en yüksek oranda yükseköğretim mezunu (%46.1), hemşirelerin ise en yüksek oranda lisans mezunu (%47.1) olduğu görülmüştür.

Uysal'ın 1998 yılında çocuk istismarı ve ihmali üzerine İzmir'deki 3 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezi ve 16 sağlık ocağında yaptığı çalışmada ebelerin %55.1'i lise mezunu, hemşirelerin %55.2'si açıköğretim ön lisans mezunu olarak bulunmuştur (80). Kocaer'in 2006 yılında İstanbul'da bulunan 35 AÇSAP merkezinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda yaptığı çalışmada hemşirelerin %58.1'i ön lisans, %5.1'i lisans mezunu olarak saptanmıştır (13). Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde ebe ve hemşirelik mesleğine yönelik lisans programlarının da başlamasıyla birlikte geçen yıllara göre birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin eğitim seviyesinin arttığı görülmüştür.

Araştırma grubunun çocuk istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet öncesi eğitim alma durumuna bakıldığında ebelerin %30.5'i, hemşirelerin %23.5'i; mezuniyet sonrasında ebelerin %43.5'i, hemşirelerin %14.7'si eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Meslek ile eğitim alma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde öğrenim sırasında eğitim alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık

yokken mezuniyet sonrası eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Uysal'ın 1998 yılında yaptığı araştırmada ebelerin %28.6'sının, hemşirelerin %23.1'inin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları bulunmuştur. Mezuniyet sonrası eğitim alma durumunda ise bu oran ebelerde %2.1, hemşirelerde %10.4 olmuştur (80). Kocaer'in 2006 yılında yaptığı çalışmada öğrenimleri sırasında bu konuda eğitim alanların oranı hemşirelerde %27.9, hekimlerde %48.6 olmuştur (13).

Araştırma grubumuzda çocuk istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alanların oranı ülkemizde yapılan benzer çalışmalarla kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Ancak araştırma grubumuzda bu oran daha yüksek olsa da hala istenen düzeyde değildir.

Araştırma grubundaki ebelerin %58.0'ı ve hemşirelerin %67.6'sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilene ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

Uysal'ın 1998 yılında yaptığı çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %79.1'i, ebelerin %85.7'si çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma isteğini belirtmiştir (80). Gölge ve ark.'nın 2012 yılında İstanbul'da devlet, eğitim-araştırma, üniversite hastanelerinde çalışan 138 hemşire ve ebeyle yaptığı çalışmada hemşire- ebelerin %90.6'sının çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla eğitim almak istedikleri tespit edilmiştir (84).

İsrail'de 2010 yılında 95 sağlık çalışanıyla yapılan araştırmada katılımcılara çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili 26 ayrı konuda eğitim alma ihtiyacı sorulmuş ve %37.5- %78.2 arasında evet cevabı alınmıştır (85).

Amerika'da 2014 yılında çocuk hemşireleriyle yapılan başka bir araştırmada hemşirelerin %53'ü çocuk istismarı ve ihmali üzerine profesyonel bir eğitim almaları gerektiğini belirtmiştir (86).

Araştırma grubumuzda, yurt içi ve dışında yapılan benzer çalışmalarda yer alan ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu çocuk istismarı ve ihmali üzerine eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte araştırma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma isteği benzer birçok çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur.

Araştırma grubundaki ASE'lere meslek hayatında çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştıklarında bildirim yapıp yapmayacakları sorulmuş ve ebelerin %95.4'ü, hemşirelerin ise tümü bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir.

Benzer çalışmalara baktığımızda Kocaer'in 2006 yılındaki çalışmasında hekimlerin %95.3'ü, hemşirelerin ise %92.7'si istismar olgusuyla karşılaştığında bildirim yapacağını belirtmiştir (13). Yine Gölge ve ark.'nın 2012 yılındaki çalışmasında benzer soruya hekimlerin %96.4'ü, hemşire-ebelerin de %94.9'u olumlu cevap vermiştir (84).

Herendeen ve ark.'nın 2014 yılında Amerika'da çocuk hemşireleriyle yaptığı çalışmasında hemşirelerin %20.0'ı bazı istismar olgularında rapor tutmadıklarını, ancak bildirim yapılmayan olguların çoğunun zaten raporunun olduğunu veya rapor yazılmadan uzmana sevk edildiğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak hemşirelerin %6.5'inin herhangi bir sebep yokken bildirim yapmadıkları tespit edilmiştir (86).

Araştırma grubunda yer alan ebe ve hemşirelerin neredeyse hepsi çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer araştırmalara benzer şekilde bizim çalışmamızda da yüksek bir oran elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştığında bildirim yapması çok önemlidir. Çünkü istismara uğrayan çocuğun bir an önce o ortamdan uzaklaştırılması ve böylelikle daha fazla zarar görmesinin engellenmesi gerekmektedir.

Sağlık çalışanları için çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşıldığında bildirim yapmanın sosyal, ahlaki boyutunun yanı sıra hukuki tarafı da bulunmaktadır. Konu ile ilgili düzenlemeler Türk Ceza Kanunu'nun 278, 279, 280. maddelerinde yer almaktadır. Türk Ceza Kanunu'nun 278. maddesinin 1.bendine göre, "İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır"; yine aynı kanunun 2. bendine göre "İşlenmiş olmakla birlikte, sebebiyet verdiği neticelerin sınırlandırılması halen mümkün bulunan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır"; kanunun 3. bendinde de "Mağdurun onbeş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan engelli olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır" denilmektedir. Türk Ceza Kanunu'nun 279. Maddesinin 1. bendinde "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” ifadesi yer almaktadır. Türk Ceza Kanunu’nun 280.maddesi sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi ile ilgilidir. Bu maddenin ilk bendinde “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” denilmektedir (5). İlgili maddelerde de belirtildiği gibi sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali bildirmesinin yasal zorunluluk olduğu; bildirmeme halinde cezai yaptırımların bulunduğu görülmektedir.

Araştırma grubumuzda çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını belirtenlere bunun nedenleri sorulduğunda en fazla verilen yanıt, “Çocuğu şimdiki durumundan daha kötü duruma sokacağım endişesi” olmuştur. Daha sonra en fazla verilen yanıtlar; “Bu konuyla ilgili yeterli bilgim olmadığı için” ve “Yasal süreçle uğraşmak istemediğim için” olmuştur. Buna karşın “Sorunu kendimin daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için” yanıtını hiç kimse işaretlememiştir. Katılımcıların çocuk istismarı ile ilgili bilgi düzeylerini yeterli bulmadığı açıktır. Ayrıca bildirimden sonraki süreçle ilgili kaygılarının da olduğu görülmektedir. Burada çocuk istismarı ve ihmalinin yönetiminde multidisipliner yaklaşımın ve adli makamlarla olan iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Paavilainen ve ark.’nın 2014 yılında Finlandiya’da yaptığı çalışmada; halk sağlığı hemşireleri, çocuk istismarı konusunda çalıştıkları kurumlarda multidisipliner işbirliğinin yeterli olmadığını ve bu organizasyondaki konumlarını net olarak bilmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca halk sağlığı hemşirelerine göre mevcut kılavuzlar koruma servislerine nasıl bildirim yapılacağı konusunda yetersiz kalmaktadır. Yine aynı çalışmada çocuk istismarı ve ihmali konusunda birincil korumanın öneminden ve ayrıntılı, kapsamlı kılavuzların oluşturulması gerektiğinden bahsedilmiştir (83). Amerika’da 2011 yılında Ulusal Çocuk Hemşireleri Birliği (NAPNAP)’nin yayınladığı makalede, çocuk hemşirelerinin çocuğa kötü muamele konusunda risk faktörlerinin belirlenmesi ve birincil önleme için müdahalelerin sağlanması konusunda stratejik bir konumda buldukları belirtilmiştir. Bu konuda

tarama, tanı, tedavi ve sevk için protokollerin geliştirilmesinin ve desteklenmesinin gerekliliğinden bahsetmişlerdir (87).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için ülkemiz koşullarına uygun ve birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik kılavuzlar bulunmamaktadır. Kılavuzların oluşturulması ve sağlık çalışanları tarafından yaygın olarak kullanımının sağlanması istismar olgularının belirlenmesini, uygun müdahalelerin yapılmasını sağlayacaktır.

Araştırma grubunun meslek hayatı boyunca çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşma durumu incelendiğinde, ebelerin ve hemşirelerin yaklaşık üçte birinin istismar olgusuyla karşılaştığı bulunmuştur. Meslek hayatı boyunca çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşma durumuna göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca araştırma grubunun son bir yıl içerisinde çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşma oranı %14.5 olarak bulunmuştur.

Paavilainen ve ark.'nın çalışmasında; halk sağlığı hemşirelerinin son 6 ayda istismar olgusuyla karşılaşma durumları incelenmiş ve %20.0'ının 1-4 arası olguyla, %5.0'ının 5 ve üzeri olguyla karşılaştığı bulunmuştur (83). Yehuda ve ark. 2010 yılında yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının 78.9'unun son bir yıl içerisinde en az bir tane istismar olgusuyla karşılaştıkları tespit edilmiştir (84). Yine Herenden ve ark.'nın 2014'te yaptıkları çalışmada çocuk hemşirelerinin %46.0'ının son bir yıl içerisinde istismar olgusuyla karşılaştığı saptanmıştır (86).

Uysal'ın 1998'te yaptığı çalışmada, meslek yaşamı boyunca çocuk istismar ve ihmali olgusuyla karşılaşma oranı, ebelerde %41.8, hemşirelerde %71.6 olarak bulunmuştur (80). Kocaer'in 2006 yılında yaptığı çalışmada bu oran hekimlerde %52.8, hemşirelerde %30.1; Gölge ve ark.'nın 2010'da yaptığı çalışmada hekimlerde %43.8, hemşire-ebelerde %36.2 olarak bulunmuştur (13,84).

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun 2008 yılında yaptığı çalışmada 7-18 yaş grubundaki çocukların %51.0'ının duygusal,%45'0'ının fiziksel, %3.0'ının cinsel istismara ve %25.0'ının da ihmale uğradığı saptanmıştır (23).

Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, araştırma grubumuzun hem meslek hayatı boyunca hem de son bir yıl içerisinde istismar olgusuyla karşılaşma

oranları oldukça düşük bulunmuştur. Ayrıca ülkemizdeki istismar sıklığına baktığımızda da bulduğumuz oranların düşük olduğu görülmektedir. Bu da bize istismar olgularının tanısında eksiklikler olduğunu ve bazı olguların gözden kaçtığını göstermektedir.

Araştırma grubundaki ebe ve hemşirelere çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştıklarında en çok zorlandıkları konular sorulduğunda; en sık verilen yanıtlar sırasıyla, öykü alma, ilgili kurumlarla iletişim kurma ve yasal süreç, kayıt tutma, fizik muayene olarak bulunmuştur. Görüldüğü üzere istismar olgusunun yönetiminde birçok konuda eksiklikler olduğu açıktır. Öykü alma konusunda zorlanılmasının en önemli nedeni istismar olgusunun genellikle hem aile hem de istismara uğrayan kişi tarafından açıkça dile getirilmemesi ve gizlenmek istenmesidir. Burada sağlık çalışanlarının uygun sorularla istismar olgusunu ortaya çıkarabilmesi önemlidir. Bu bilgi ve becerinin kazanılabilmesi için yine eğitimin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kurumlar arası işbirliğinin sağlanması ve bu kurumlarla sürekli, etkili iletişimin kurulması için çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Araştırma grubuna çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştıklarında ne yaptığı sorulduğunda en sık verilen yanıtlar sırasıyla “Durumu aile hekimi ile paylaştım”, “Çocuğun ailesi ile konuştum” ve “Aile hekimiyle birlikte resmi makamlara bildirim yaptık” olmuştur. Bununla birlikte %18.1 oranında “Hiçbir şey yapmadım” yanıtının verilmesi dikkat çekici bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin istismar olgusuyla karşılaştıklarında, yüksek oranda (hemşirelerin %100’ü, ebelerin %95.4’ü) bildirim yapacaklarını belirtmelerine rağmen, pratikte çoğu vakanın bildirilmediği görülmektedir. Çünkü resmi makamlara bildirim yaptığını belirtenlerin oranı sadece 34.5 bulunmuştur. Bu da her üç vakadan ikisinin bildirilmediğini göstermektedir.

Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun ölçek puanları değerlendirildiğinde genel ölçek ortalaması 3.75 ± 0.35 olarak bulunmuştur. Mesleklere göre bakıldığında genel ölçek ortalaması; ebelerde 3.76 ± 0.36 , hemşirelerde 3.70 ± 0.34 olarak tespit edilmiştir. Genel ölçek puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırma grubu, en yüksek puan ortalamasını (4.66 ± 0.67) “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarısını etkilemez” sorusundan alırken, en düşük puan ortalamasını (2.07 ± 1.06) ise “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağırı verici uyaranlara karşı aşırı tepkilidirler” sorusundan almıştır. Ölçekte alınan ortalama puanın 3.00’den az olması sorunun yanlış yanıtlandığını göstermektedir ve bazı sorularda ortalama puan 3.00’in altında kalmıştır. Bu nedenle ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda genel bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmektedir.

Uysal’ın çalışmasında genel ölçek puan ortalaması hemşirelerde 3.73 ± 0.32 , ebelerde 3.63 ± 0.33 ; Kocaer’in çalışmasında hemşirelerde 3.74 ± 0.40 ; Gölge ve ark’nın çalışmasında ebe-hemşirelerde 3.76 ± 0.33 olarak bulunmuştur. (13,80,84).

Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, çalışmamızdaki ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin daha önce yapılan çalışmalarla benzer olduğu saptanmıştır. Araştırma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerde lisans düzeyinde eğitim alanların oranı, diğer çalışmalara göre yüksektir. Buna karşın araştırma grubumuzun genel ölçek puan ortalaması diğer çalışmalara göre belirgin bir farklılık göstermemektedir. Bu da gösteriyor ki, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde bu konu yeterli ve etkin biçimde ele alınmamaktadır. Ebe ve hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmali konusunun ayrı bir ders olarak, kapsamlı şekilde ele alınması, bu durumlarda uygulanması gereken prosedürün öğretilmesi gerekmektedir.

Araştırma grubunun alt ölçek puanlarına bakıldığında; “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeği için puan ortalaması 3.87 ± 0.39 olarak bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde 3.88 ± 0.40 , hemşirelerde 3.81 ± 0.36 ’dır. “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırma grubu “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.60 ± 0.65) “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir” sorusundan, en düşük puanı (2.41 ± 1.00) ise “Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın olarak görülür”

sorusundan almıştır. Bu alt ölçek için bazı sorularda puan ortalamasının 3'ün altında kalması katılımcıların "İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri" konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Uysal'ın çalışmasında "İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri" alt ölçeği puan ortalaması hemşirelerde 3.82 ± 0.38 , ebelerde 3.64 ± 0.39 ; Kocaer'in çalışmasında hemşirelerde 3.77 ± 0.37 ; Gölge ve ark.'nın çalışmasında ebe-hemşirelerde 3.89 ± 0.37 olarak bulunmuştur (13, 80,84).

Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde çalışmamızdaki ebe ve hemşirelerin "İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri" alt ölçek puanlarının ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir.

Lazenbatt ve ark.'nın 2006 yılında İrlanda'da birinci basamakta çalışan hekim, diş hekimi, hemşirelerle yaptığı çalışmasında çocuğa yönelik fiziksel istismar araştırılmıştır. Çünkü Birleşik Krallık'ta çocukların %7.0'nin ciddi fiziksel travmaya maruz kaldığı ve her hafta 15 yaşın altında 2 çocuğun bu sebeple öldüğü belirtilmiştir. Bu araştırmanın sonucunda, hemşirelerin çocuklarda fiziksel istismar olgusunu tanıma ve bildirme konusundaki puan ortalamalarının hekim ve diş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu konuda farkındalığı ve bildirim konusunda istekliliği en yüksek olan grubun hemşireler olduğu belirtilmiştir (88).

Sağlık çalışanları, istismar olgularını değerlendirirken fiziksel bulguları dikkatle incelemeli ve onu tanıya götürecek bazı belirtiler konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Özellikle vücudun birden fazla bölgesinde olan yaralanmalarda, çeşitli iyileşme evrelerindeki yaralarda, şüpheli yaralanma öyküsü ile karşılaşıldığında istismar tanısı akla gelmelidir. Bu tür olgularda, morluklar, ısırık izleri, yanıklar, kırıklar, karın ve kafa travması en yaygın görülen fiziksel bulgulardır. Bebeklerde posterior costa kırıkları, retinal hemorajiler, metafizyel ve kompleks kafatası kırıkları; çocuklarda uzun kemik kırıkları; 2 yaşından küçük çocuklarda skapula, spinöz proses ve sternum kırıkları, sigara yanıkları şüpheli yaralanmalar olarak değerlendirilmelidir (89). Ancak Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi istismar için patognomik kırık modelinin olmadığını belirtmektedir. Bunun yanında transvers ve femoral spiral kırıklar kasıtlı yaralanmalarda daha sık görülür (89,90).

Araştırma grubunun “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçeği için puan ortalaması 3.84 ± 0.41 olarak bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde 3.84 ± 0.41 , hemşirelerde 3.81 ± 0.36 'dır. “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırma grubu; “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.66 ± 0.67) “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarısını etkilemez” sorusundan, en düşük puanı (2.07 ± 1.06) ise “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyanlara karşı aşırı tepkilidirler” sorusundan almıştır. Bu alt ölçek için bazı sorularda puan ortalamasının 3'ün altında kalması katılımcıların “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Uysal'ın çalışmasında “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçeği puan ortalaması hemşirelerde 3.92 ± 0.39 , ebelerde 3.84 ± 0.42 ; Kocaer'in araştırmasında hemşirelerde 3.87 ± 0.49 ; Gölge ve ark.'nın çalışmasında ebe-hemşirelerde 3.87 ± 0.39 olarak bulunmuştur (13, 80, 84).

Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde çalışmamızdaki ebe ve hemşirelerin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puanlarının daha önce yapılan çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir.

Çocukta istismar ve ihmalin birçok davranışsal belirtisi olabilmektedir. Korkma, eve gitmekte isteksiz olma veya evden kaçma, saldırganlık, öfkeli olma, huzursuzluk, okul performansında düşüklük ve okulda devamsızlık yapma, aile, arkadaşlar ve daha önce zevk aldığı aktivitelerden uzaklaşma, zayıf benlik algısı, intihar düşünceleri, kendine zarar verici davranışlar, hiperaktif ve olağandışı davranışlar, yabancı yetişkinlere ilgi gösterme, çekingен davranış, ağırlı tedavilere karşı tepkisiz olma, fiziksel temaslarda ihtiyatlı olma en sık görülen belirtilerdir (19). Sağlık çalışanlarının bu belirtileri bilmesi ve olguları bu açıdan da değerlendirmesi istismar tanısını koymada oldukça önemlidir.

Araştırma grubunun “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeği için puan ortalaması 3.92 ± 0.62 bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde 3.94 ± 0.63 , hemşirelerde 3.85 ± 0.59 'dur. “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt

ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırma grubu; “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.35 ± 0.67) “Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir” sorusundan, en düşük puanı (3.29 ± 1.21) ise “Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir” sorusundan almıştır. Bu alt ölçeğin sorularının hepsinde ortalama 3.00’in üzerinde bulunmuştur. Ebe ve hemşirelerin “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” konusundaki bilgi düzeyinin diğer alt ölçek konularına göre daha iyi olduğu görülmektedir.

Uysal’ın çalışmasında “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeği puan ortalaması hemşirelerde 4.03 ± 0.71 , ebelerde 3.97 ± 0.64 ; Gölge ve ark.’nın çalışmasında ebe-hemşirelerde 3.99 ± 0.61 olarak bulunmuştur (80, 84).

Araştırma grubumuz, alt ölçekler içerisinde en yüksek ortalama puanı “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğinden almışlardır. Benzer şekilde Uysal’ın çalışmasında ebeler, Gölge ve ark.’nın çalışmasında ebe-hemşireler en yüksek puanı bu alt ölçekten almışlardır.

Çocukların ihmal edilmesi temel olarak dört şekilde olabilir. Fiziksel ihmal; çocuğun gıda, giyim, barınma, hijyen, koruma, gözetim gibi ihtiyaçlarını karşılamamakla olmaktadır. Duygusal ihmal, çocuğuna sevgi göstermeme, güven vermeme, ihtiyacı olduğunda psikolojik ve duygusal destek vermemektir. Eğitim ile ilgili ihmal, çocuğu okula kaydettirmeme, devamlılığına engel olma, eğitim ihtiyaçlarını karşılamama şeklinde olur. Tıbbi ihmal çocuğun sağlığının zarar göreceği durumlarda tıbbi yardımı geciktirme, reddetmedir (89). Sonuç olarak ihmal edilen çocuklarda gelişme geriliği, zayıf büyüme paterni, deri altı dokusunun az ve zayıf olması, persistan döküntüler, infantlarda abdominal distansiyon, inaktif bebek, ifadesiz yüz görünümü, suç işleme, madde bağımlılığı, okul performansında tutarsızlık, çalma ya da dilenme davranışı gibi belirtiler olmaktadır (19).

Sağlık çalışanları tarafından çocukta ihmal belirtilerinin tespit edilmesi önemlidir. Ayrıntılı anamnez, iyi bir inspeksiyon ve fizik muayene ile birçok ihmal olgusu saptanabilir. İstismarın diğer türlerine göre ihmal olgularının tespit edilmesi daha kolay olmaktadır. Araştırma grubunun ihmal konusundaki bilgi düzeyi diğer

konulara göre daha yüksektir. Yine de “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ile ilgili eğitimlerin verilmesi olguların saptanmasında yararlı olacaktır.

Araştırma grubunun “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri” alt ölçeği için puan ortalaması 3.50 ± 0.49 olarak bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde 3.51 ± 0.48 , hemşirelerde 3.42 ± 0.50 'dir. “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri” alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Araştırma grubu; “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri” alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.35 ± 0.74) “Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir” sorusundan, en düşük puanı (2.78 ± 1.19) ise “Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler” sorusundan almıştır. Bu alt ölçek için bazı sorularda puan ortalamasının 3.00 'in altında kalması araştırma grubunun “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri” konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Araştırma grubumuzun en az puan ortalaması aldığı iki alt ölçekten biri bu alt ölçektir.

Uysal'ın çalışmasında “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri” alt ölçeği puan ortalaması hemşirelerde 3.41 ± 0.47 , ebelerde 3.42 ± 0.49 ; Gölge ve ark.'nın araştırmasında ebe-hemşirelerde 3.30 ± 0.39 olarak bulunmuştur (80, 84).

Araştırma grubunun “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri” alt ölçeği puanının ülkemizde yapılan benzer çalışmalara göre bir miktar yüksek olduğu görülmektedir, ancak hala istenen düzeyde değildir. Sonuçlara bakıldığında bu konunun, eğitim ihtiyacının daha fazla olduğu alanlardan biri olduğu görülmektedir.

Tek ebeveyn, ebeveynlerin alkol ya da madde bağımlısı olması, genç anne, planlanmamış ve istenmeyen gebelik, anne babanın daha önce istismara uğramış olması veya şiddet görmesi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, fiziksel veya mental hastalık gibi durumlar istismar riskini arttıran ebeveyn özelliklerindedir (91). Bu risk faktörlerine sahip ebeveynlerin tespit edilebilmesi için sağlık çalışanlarının çocuk dışında onun anne babasını, yaşadığı ortamı, ailesel özelliklerini iyi bilmesi gerekmektedir. Birinci basamakta hekim, ebe ve hemşireler, poliklinikteki hasta yükü, evrak-kayıt işleri gibi diğer hizmetlere ayrılan sürenin uzun olması ve iş yükünün yoğunluğu nedeniyle ev ziyaretlerini ya aksatmakta ya da hiç

yapamamaktadırlar. Bu durum çocuğunu istismar ve ihmal etmeye yatkın ebeveynlerin ya da ailelerin saptanma olasılığını azaltmaktadır.

Araştırma grubunun “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeği için puan ortalaması 3.28 ± 0.53 olarak bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde 3.31 ± 0.54 , hemşirelerde 3.14 ± 0.46 'dır. “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Araştırma grubu; “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (3.80 ± 1.01) “Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır” sorusundan, en düşük puanı (2.55 ± 1.14) ise “Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez” sorusundan almıştır. Bu alt ölçek için bazı sorularda puan ortalamasının 3.00 'in altında kalması katılımcıların “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir.

Uysal'ın çalışmasında “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeği puan ortalaması hemşirelerde 3.03 ± 0.73 , ebelerde 2.96 ± 0.61 ; Gölge ve ark.'nın çalışmasında ebe-hemşirelerde 3.17 ± 0.39 olarak bulunmuştur (80,84).

Araştırma grubumuz, alt ölçekler içerisinde en düşük puan ortalamasını “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğinden almışlardır. Uysal 'ın, Gölge ve ark.'nın çalışmalarında da en düşük puan ortalamaları bu alt ölçekten elde edilmiştir (80,84). Dolayısıyla araştırma grubunun en fazla eğitim gereksiniminin “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” konusunda olduğu görülmektedir.

Sibert ve ark.'nın 2002 yılında İngiltere'de yaptıkları çalışmada; 1 yaş altındaki bebeklerin 1-4 yaş arasındaki çocuklara göre 6 kat, 5-13 yaş arasındaki çocuklara göre 120 kat daha fazla şiddetli fiziksel istismara maruz kaldıkları bulunmuştur. Özellikle 6 ayın altındaki bebeklerde, fiziksel istismar sonucu ciddi zarar görme ya da ölüm riskinin en yüksek olduğu belirtilmektedir (92). Sidebothom ve ark.'nın 2003 yılında, Birleşik Krallık'ta yaptıkları 14.256 çocuğu içeren kohort çalışmasında düşük doğum ağırlıklı, istenmeyen gebelik sonucu doğan, fiziksel ve mental sağlığı

iyi olmayan, gelişimsel problemleri olan çocukların istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (93).

Sağlık çalışanlarının çocuklarda istismar riskini arttıran özellikleri bilmesi gerekmektedir. Bu özelliklere sahip çocukların tespit edilmesi ve istismar konusunda bu çocuklarda daha dikkatli davranılması önemlidir. Araştırmamızın ve ülkemizde yapılan benzer çalışmaların sonuçları ebe ve hemşirelerde en az bilgi düzeyinin “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” konusunda olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla eğitim faaliyetleri planlanırken en çok istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri konusuna değinilmesi gerekmektedir.

Araştırma grubunun, “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeği için puan ortalaması 3.85 ± 0.52 'dir. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde 3.86 ± 0.53 , hemşirelerde 3.81 ± 0.50 bulunmuştur. “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Araştırma grubu “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı (4.35 ± 0.67) “Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir” sorusundan, en düşük puanı (3.30 ± 1.08) ise “Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir” sorusundan almıştır. Bu alt ölçek ve “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğinde soruların hepsinde ortalama, 3.00'in üzerinde olmuştur. Katılımcıların bu iki konu ile ilgili bilgi düzeyinin diğer konulara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Uysal'ın çalışmasında “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeği puan ortalaması, hemşirelerde 4.05 ± 0.59 , ebelerde 3.81 ± 0.55 ; Gölge ve ark.'nın çalışmasında ebe-hemşirelerde 3.81 ± 0.63 olarak bulunmuştur (80, 84). Araştırma grubunun bu alt ölçekteki puan ortalamalarının daha önce yapılan çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir.

Düşük sosyoekonomik durum, kalabalık/büyük aile, sosyal izolasyon, yüksek stres düzeyi, ailede istismar öyküsü, parçalanmış aile, üvey ebeveyn varlığı gibi faktörler istismar riskini arttıran ailesel özellikler arasındadır (24). Browne'nın, İngiltere'de 1995 yılında yaptığı çalışmada alkol veya madde bağımlılığı öyküsü olan ailelerin %61.3'ünün, olmayanların ise %21.8'inin çocuğunu istismar/ihmal

ettiğini saptanmıştır. Dolayısıyla, ailede alkol veya madde bağımlılığı öyküsü olması ile çocuk istismarı/ihmal sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (94). Güler ve ark.'nın 2002'de Sivas'ta, en az bir çocuğu olan 143 aile ile yaptığı çalışmada, aile içi şiddetin varlığı ve çocuk sayısının artması ile çocuğun fiziksel istismarı/ihmalinin arttığı tespit edilmiştir (95). Daha önce de belirttiğimiz gibi sağlık çalışanlarının çocuğun ailesi ile ilgili ayrıntılı bilgi sahibi olması ve aileleri bu açıdan değerlendirmesi, istismar olgularının erken tanısı ve önlenmesinde etkili olmaktadır.

Araştırma grubunun yaş gruplarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak yaş arttıkça genel ve alt ölçeklerin puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Uysal'ın çalışmasında, hemşirelerde yaş grupları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, ebelerde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Ebelerde 38 yaş ve üzeri grupta bulunanların puan ortalamalarının, 18-27 ve 28-37 yaş gruplarının puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur (80). Çatık ve ark.'nın 2006 yılında İzmir'de 192 ebe-hemşireyle yaptığı çalışmada yaş grupları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (96).

Çalışmamızın ve Uysal'ın araştırmasının sonuçları değerlendirildiğinde, mezuniyet sonrası mevcut olan bilgilerin, yaş arttıkça azaldığı görülmektedir. Dolayısıyla mezuniyet sonrası eğitim ile bu bilgilerin tazelenmesinin ve artırılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Araştırma grubunun, çocuk sahibi olma durumlarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Uysal (1998), Kocaer (2006), Çatık ve ark. (2006) çalışmalarında da katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (13,80,96).

“Yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı yok” ve “anne, kayınvalide veya diğer yakın akrabalar” gruplarının genel ve alt ölçek puan ortalamalarının diğer iki gruba (bakıcı ve kreş, yuva vb. grupları) göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Çocukların

bakıcı ihtiyacının olmaması ya da çocuklara anne, anneanne /babanne gibi yakınları tarafından bakılması durumunda onlara duyulan güven katılımcıların bu konuda bilgi edinme ihtiyacı duymamasına neden olabilir. Diğer taraftan çocuğunu bakıcı, okul/kreşe gönderenlerin ise bu konuda daha hassas ve dikkatli olmaları, bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olabilir.

Araştırma grubunun eğitim durumlarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Uysal, Çatık ve ark.’nın çalışmalarında da eğitim düzeyi ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (80,96). Araştırmamız, ülkemizde bu konuda yapılan diğer araştırmalarla kıyaslandığında, bizim çalışmamızda lisans mezunu oranının daha yüksek olmasına rağmen istismar konusundaki bilgi düzeyinin fazla değişmediği görülmektedir. Daha önce de belirttiğimiz gibi ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça, bu konudaki bilgi düzeyinin artmaması, bize lise, yüksekokul, lisans programlarında çocuk istismarı ve ihmali konusuna yeterli oranda yer verilmediğini ya da hiç anlatılmadığını düşündürmektedir.

Araştırma grubunun meslekte çalışma sürelerine göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları bakıldığında, 21 yıl ve üzeri olan grubun puan ortalamalarının diğer gruplara göre genel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedeninin yaş arttıkça mevcut bilgilerin unutulmasının yanısıra, mesleki bezginlik, yorgunluk gibi nedenlerle bilgi düzeylerini arttıracak faaliyetlere katılımlarının azalması olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırma grubunun meslek hayatında çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşma durumlarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Gölge ve ark.’nın çalışmasında da çocuk istismarı olgusuyla karşılaşma ve ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$) (84). Sonuçlara bakıldığında, istismar olgusuyla karşılaşmanın bu konudaki bilgi düzeyini etkilemediği görülmektedir. İstismarın olumsuz sonuçlarının ve öneminin yeterince

bilinmemesi nedeniyle araştırma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin, istismar olgusuyla karşılaşsa bile bu konudaki bilgi düzeylerini arttıracak faaliyetlerde bulunmadıkları görülmektedir.

Araştırma grubunun mezuniyet öncesi eğitimleri sırasında, çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumuna göre, gruplar arasında “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçeği için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim alan grubun bilgi düzeyinin bu alt ölçek için daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer ölçek puanları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Gölge ve ark.’nın çalışmasında, öğrenim sırasında bilgi alma durumlarına göre gruplar arasında sadece “İstismara ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçeği için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve eğitim alan grubun bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. ($p < 0.05$) (84). Uysal (1998), Çıtak ve ark. (2006) çalışmalarında, ebe ve hemşirelerin mezuniyet öncesi sırasında eğitim alma durumu ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (80,96).

Çalışmamızın ve benzer araştırmaların sonuçlarına bakıldığında çocuk istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet öncesinde verilen eğitimin yeterli olmadığı ve bu konudaki bilgi düzeyini çok fazla değiştirmedeği görülmektedir.

Araştırma grubunun mezuniyet sonrasında eğitim alma durumlarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uysal (1998), Çıtak ve ark. (2006) çalışmalarında da benzer şekilde ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer/konferansa katılma durumları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (80,96).

Çalışmamızın ve benzer araştırmaların sonuçlarına bakıldığında, çocuk istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet sonrasında alınan eğitimin de yeterli olmadığı ve bu konudaki bilgi düzeyini çok fazla değiştirmedeği görülmektedir. Dolayısıyla çocuk istismarı ve ihmali konusunda hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası verilen eğitim faaliyetlerinin gözden geçirilmesinin ve daha etkin eğitim yöntemlerinin kullanılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Araştırma grubunun çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almayı isteme durumlarına göre, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”ten aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç bize araştırmamızdaki ebe ve hemşireler arasında, konunun önemini göz ardı edenlerin ya da bu konudaki bilgi eksikliğinin farkında olmayanların bulunduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu kişiler çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma ihtiyacı duymamaktadırlar.

Araştırmamızın ve benzer çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinde, tutum ve davranışlarında eksiklikler olduğu saptanmıştır. Yeterli, kapsamlı, etkin şekilde düzenlenen eğitim çalışmaları, bu konunun lisans programlarında ayrı bir ders olarak işlenmesi, yerel ve ulusal medyanın kullanılması ile farkındalığın artırılması, sağlık çalışanları arasında multidisipliner işbirliğinin sağlanması, resmi makamlarla iletişimin güçlendirilmesi gibi önlemlerle bu konudaki eksikliklerin giderilebileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

1-Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının beşte dördünün ebe, beşte birinin hemşire olduğu bulunmuştur.

2-Çalışmamızdaki ebelerin çoğunlukla orta yaşı grubunda (31-40 yaşı), hemşirelerin ise daha ileri yaşı grubunda (41 yaşı ve üzeri) oldukları görülmüştür. Hemşirelerin yaşı ortalaması ebelere göre daha yüksektir.

3-Çalışmamızdaki ebelerde evli olanların oranı %90.1, hemşirelerde ise %73.5'tir.

4-Ebelerin çocuk sahibi olma oranı (%93.9), hemşirelere göre (%82,4) daha yüksek bulunmuştur.

5-Araştırma grubunun meslekte çalışma süresi, ebelerde en fazla 11-20 yıl arası, hemşirelerde en fazla 21 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur.

6-Araştırma grubunda yer alan ebelerin en yüksek oranda yüksekokul mezunu, hemşirelerin ise en yüksek oranda lisans mezunu olduğu bulunmuştur.

7-Ebelerin yaklaşık üçte biri, hemşirelerin ise yaklaşık dörtte birinin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları belirlenmiştir.

8-Ebelerin %43.5'inin, hemşirelerin ise %14.7'sinin mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları belirlenmiştir. Ebelerin mezuniyet sonrası bu konuda eğitim alma oranı hemşirelere göre yaklaşık üç kat daha fazladır.

9-Araştırma grubunda yer alan ebelerin %58.0'ı, hemşirelerin %67.6'sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

10-Ebelerin %95.4'ü, hemşirelerin ise tümü istismar olgusuyla karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını belirtmiştir.

11-Araştırma grubunda yer alanlara çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını bildirenlere bunun nedenleri sorulduğunda en fazla verilen cevap "Çocuğu şimdiki durumundan daha kötü duruma sokacağım endişesi" olmuştur. Bunun yanında "Sorunu kendimin daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için" yanıtını ise hiç kimse işaretlememiştir.

12-Çalışmamızdaki ebelerin ve hemşirelerin yaklaşık üçte birinin meslek hayatında istismar olgusuyla karşılaştığı tespit edilmiştir. Son bir yıl içerisinde istismar olgusuyla karşılaşanların oranı ise %14.5'tir.

13-Araştırma grubundaki ebe ve hemşirelerin istismar olgusuyla karşılaştıklarında en çok zorlandıkları konular sırasıyla; öykü alma, ilgili kurumlarla iletişim/ yasal süreç, kayıt tutma, fizik muayene olarak bulunmuştur.

14-Araştırma grubunda çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşanların sadece %34.5'inin bildirim yaptığı saptanmıştır. Araştırma grubunun istismar olgusuyla karşılaştıklarında yüksek oranda bildirim yapacaklarını belirtmelerine rağmen pratikte çoğu vakayı bildirilmedikleri görülmüştür.

15-Araştırma grubunun ölçek puanları değerlendirildiğinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda genel bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmüştür.

16-Araştırma grubunun en yüksek bilgi düzeyine "İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri" konusunda, en az bilgi düzeyine "İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri" konusunda sahip oldukları bulunmuştur.

17-Araştırma grubunun meslek, yaş grupları, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, meslek hayatında istismar olgusuyla karşılaşma durumu, mezuniyet sonrası istismar konusunda eğitim alma durumu, istismar konusunda daha fazla eğitim almayı isteme durumlarına göre bilgi düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

18-Araştırma grubunun çocuklarının yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı olmayan grup ile çocuğunu anne, kayınvalide veya diğer yakın akrabalarına baktıranların bilgi düzeyinin çocuğunu bakıcıya baktıranlar ve okul/kreşe gönderenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

19-Araştırma grubunun meslekte çalışma süresi arttıkça genel olarak bilgi düzeyinin düştüğü görülmüştür.

20-Son bir yıl içerisinde istismar olgusuyla karşılaşmayanların "Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler" konusundaki bilgi düzeyinin karşılaşan gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

21-Araştırma grubunda mezuniyet öncesi eğitim sırasında istismar konusunda eğitim alanların bilgi düzeyinin, almayanlara göre sadece "İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri" konusunda daha yüksek olduğu, diğer konularda farklılık olmadığı görülmüştür.

ÖNERİLER

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda sağlık çalışanlarına verilecek olan yeterli, kapsamlı, etkin şekilde düzenlenen eğitim çalışmaları, bu konunun lisans programlarında ayrı bir ders olarak işlenmesi, sağlık çalışanları arasında multidisipliner işbirliğinin sağlanması, resmi makamlarla iletişimin güçlendirilmesi gibi önlemlerle öncelikle sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekmektedir. Daha sonrasında sağlık çalışanlarının ebeveynlere ve çocuklara eğitim vermesi, düzenli ev ziyaretlerinin yapılması, risk gruplarının belirlenmesi ve bu konudaki önlemlerin alınması, yerel ve ulusal medyanın kullanılması ile farkındalığın artırılması, çocukla ilgili profesyonellerin eğitilmesi (öğretmenler vb.), hukuksal reformların yapılması gibi birçok alandaki çalışmalarla çocuk istismarının engellenmesi sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akyüz E. Çocuk Hukuku. Ankara: Pegem Akademi;2012:1-17.
2. World Health Organization and International Society for Prevention and Child Abuse and Neglect. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (ISBN 92 4 159436 5) (NLM classification: WA 320) Geneva, Switzerland: 2006.
3. Wonca Europe 2005. Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Evans P. (Editör), Başak O. (Çeviri editörü). Barcelona, 2005.
4. UNICEF Türkiye. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. http://www.unicef.org/turkey/pdf/_cr23.pdf. Erişim tarihi: 5 Mayıs 2014.
5. T.C. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Türk Ceza Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>. Erişim tarihi: 6 Ekim 2014.
6. T.C. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Çocuk Koruma Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf>. Erişim tarihi: 6 Ekim 2014.
7. Özçebe H, Küçük Biçer B, Çetin E, Yılmaz M, Zakirov F. 0-10 yaş aralığında çocuğu olan babaların çocuk sağlığı ve bakımındaki rolleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011;54(2):70-8.
8. Akyüz E. Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi, Şirin MR. ed.I. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi Yetişkin Bildirileri Kitabı. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları 2011:17-42.

9. Türkiye Büyük Millet Meclisi. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi.
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>.
Erişim tarihi: 3 Eylül 2014.
10. Konya Valiliği. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi.
http://www.konya.gov.tr/dosyalar/8_bm_cocuk_haklari.doc. Erişim tarihi: 4 Eylül 2014.
11. Şanyüz Ö. Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı (Tıpta Uzmanlık Tezi).
İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2009.
12. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2012.
13. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.
14. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-151.
15. Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
16. U.S. Department of Health & Human Services. Child maltreatment 2010.
<http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2012.pdf>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2014.
17. Glasser S, Chen W. Survey of a pediatric hospital 1. staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. IMAJ Isr Med Assoc J 2006;8:179-83.

18. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi 2012;26(2),86-96.
19. Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. Can Fam Physician 2013;59:831-6.
20. Tıraşçı Y, Gören S. çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi 2007;34(1):70-74.
21. Irmak TY. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
22. Kaynar ET, DüNDAR C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2007;17:105-110.
23. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması / ÖZET RAPOR. 2010: 32.
24. Djeddah C, Facchin P, Ranzato C, Romer C. Child Abuse, Current problems and key, Public Health Challenges Social Science & Medicine 2000;(51):905–915.
25. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-86.
26. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1999;38:1214-1222.
27. U.S. Department of Health & Human Services. Child maltreatment 2010. <http://www.childwelfare.gov/carn/prevalance>. Erişim tarihi: 10 Ekim 2014.

28. Horner G. Child Maltreatment: Screening and anticipatory guidance. *J Pediatr Health Care* 2013;27(4):242-250.
29. Faller KC, Henry J. Child sexual abuse, a case study in community collaboration. *Child Abuse & Neglect* 2000;24(9):1215-1225.
30. Kozcu F. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Seminer Psikoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, 1986, s:63–76.
31. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidance for effective discipline. *Pediatrics* 1998;101(4):723–728.
32. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):51-65.
33. Kara Ö. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2010.
34. Kutsal E, Paslı F, Işıklı S, Şahin F, Yılmaz G, Beyazova U. Preliminary Validation of the Child Abuse Potential Inventory in Turkey. *J InterpersViolence* 2010;13:1-10.
35. Kuğuoğlu S. Çocuk istismarı ve ihmali, Felimen D. Ed. *Acil Bakım*. 3. Baskı. İstanbul: Yüce Yayıncılık 2004;577–599.
36. Pala B, Ünalacak Ü, Ünlüoğlu İ. Child maltreatment: Abuse and neglect. *Dicle Medical Journal* 2011;38(1):121-127.

37. Sarıfakıoğlu E, Erdal E. Çocuk İstismarına Eşlik Eden Deri Bulguları. *Dermatose* 2004;3(3):143-8.
38. Bernet W. Çocuğa Kötü Muamele. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Editörleri). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007:3412-23.
39. Şahin F. Fiziksel İstismar. Coşkun A, Pehlivan B, İşeri E, Türkbay T, Miral S, Uslu R, Motavallı N, Ünal F (Editörler). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 2008:462-9.
40. Şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Ped Arş* 2012;47:152-8.
41. American academy of pediatrics: committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001;108(1):206-10.
42. National Center on Shaken Baby Syndrome.
<http://www.dontshake.org/sbs.php?topNavID=3&subNavID=27&navID=94>.
Erişim tarihi: 8 Kasım 2014.
43. Yağmur F, Asil H, Per H, Aslan D, Coşkun A. Sarsılmış Bebek Sendromu & 3 Olgu Sunumu. *Adli Tıp Dergisi* 2010; 24(1): 42-49.
44. Blumenthal I. Shaken Baby Syndrome. *Postgradmed* 2002;78:732-735.
45. Beyaztaş FY, Özen B, Bütün C. Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi. *Medicine Science* 2014;3(2):1315-31.

46. Christian CW, Block R; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009;123:1409-1411.
47. Schreier H. Munchausen by Proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004;34:126-43.
48. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by Proxy Sendromu; Ağır bir Çocuk İstismarı Formu. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2014;3:165-170.
49. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75:57-61.
50. Terry L. Fabricated or induced illness in children. *Paediatr Nurs* 2004;16:14-8.
51. Foto-Özdemir D, Özmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç SG, Tekşam Ö, Gökler B, et al. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by multidisciplinary study group between 2005-2008. *Turk J Pediatr* 2012;54:333-43.
52. UNICEF Türkiye Ülke Ofisi. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. http://cokmed.org/_ekurs/uploads/1_koruma_merkezi.pdf. Erişim tarihi: 11 Kasım 2014.
53. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35:82-86.
54. Çakıcı M. Çocuk İstismarının Madde Kullanımına Etkisi (Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2002.

55. Oral R, Hancı H. Türkiye’de çocuk istismarı serileri. İzmir Dr. Behçet Uz hastanesi olguları. İzmir’de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Almış Çocuklarla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun 18 Aylık Deneyimi, 2004, İzmir.
56. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2009;1:95-119.
57. Z-Page A. Çocuk Cinsel İstismarı: Cinsel İstismara Neden Olan Etkenler ve Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Etkileri. Türk Psikoloji Yazıları 2004;7 (13):103-113.
58. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 1991;87:254–260.
59. Putnam FW. Ten year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2003;42:269-278.
60. Gorey K, Leslie D. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement bias. Child Abuse Negl 1997;21:391-398.
61. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1994;18:409-417.
62. Hornor G. Child sexual abuse: Consequences and implications. J Pediatr Health Care 2010;24:358-64.
63. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, ve ark. Türkiye’nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. Anadolu Psikiyatı Derg 2011;12:55-61.

64. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Senses A, Karakurt MN, Taşdemir GN ve ark. Cinsel istismara uğramış ocuklar. Adli Bilimler Dergisi 2009;8:24-32.
65. engel Kültür E, uhadaroğlu etin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr 2007;49:256-262.
66. İmren SG, Ayaz AB, Yusufodđlu C, Arman AR. Cinsel istismara uğrayan ocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. Marmara Medical Journal 2013;26:11-16.
67. Briere, J. (2003). The complexity of posttraumatic states: Assessment and treatment implications. The 8th European Conference on Traumatic Stress, Berlin, 22-25 May.
68. İşeri E. Cinsel istismar. etin F, Pehlivantrk B, nal F, Uslu R, İşeri E, Trkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, editörler. ocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2008; 470-477.
69. Keskin G, am O. ocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. Yeni Symposium 2005;43:118-125.
70. Sezgin AU. Ensestin Psikosoyal ve Adli Yönden İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 1993.
71. Alikayıfoğlu M. "Sexual abuse among female high school students in İstanbul, Turkey", Child Abuse & Neglect 2006;30(3):247-255.
72. Sosyoloji Derneği, Türkiye. Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye'de Ensest. http://www.sosyolojidernegi.org.tr/dergi/pdf/bozbeyoglu_ensest.pdf. Erişim tarihi: 5 Aralık 2014.

73. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(4):13-22.
74. Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2005;116;1565.
75. Steir MD, Leventhal MJ, Berg AT. Are Children Born to Young Mothers at Increased Risk of maltreatment? Pediatrics 1993;91: 642– 648.
76. Karaman-Kepekci, Y. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi – Adli Pediatri ve Çocuk İstismarı 2001;22(3): 262–276.
77. Yalçın N. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri (Yüksek Lisans Projesi). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2011.
78. Reece RM. Background Considerations in Child Maltreatment; Newyork: Mosby. 1997: 666-708, 721-725, 913-916.
79. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2013; 22(4):591-614.
80. Uysal A. Çocuk İstismar ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 1998.
81. Anayasa -TCK- CMK- İnfaz Kanunu. Seçkin Yayınevi, 2005, Ankara.
82. T.C. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel müdürlüğü. Ceza Muhakemesi Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf>. Erişim tarihi: 9 Kasım 2014.

83. Paavilainen E, Helminen M, Flinck A, Lehtomäki L. How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline. *Nursing Research and Practice* Nursing Research and Practice Volume 2014 (2014), Article ID 425460, 7 pages.
84. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2012;26(2):86-96.
85. Yehuda YB, Attar-Schwartz S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child Abuse and Neglect: Reporting by Health Professionals and their Need for Training. *IMAJ* 2010;12:598-602.
86. Herendeen PA, Blevins R, Anson E, Smith J. Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. *J Pediatr Health Care* 2014;28(1):e1-e7.
87. National Association of Pediatric Nurse Practitioners (NAPNAP). NAPNAP Position Statement on Child Maltreatment. [http://www.jpeds.org/article/S0891-5245\(11\)00136-2/pdf](http://www.jpeds.org/article/S0891-5245(11)00136-2/pdf). Erişim tarihi: 12 Kasım 2014.
88. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2006;56(3):227–36.
89. McDonald KC. Child Abuse: Approach and Management. *Am Fam Physician* 2007;75:221-8.
90. Scherl SA, Miller L, Lively N, Russinoff S, Sullivan CM, Tornetta P III. Accidental and nonaccidental femur fractures in children. *Clin Orthop Relat Res* 2000;(376):96-105.

91. Koçak C, Büyükgöneç L. Toplumdaki Bireylerin Çocuk istismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Görüşleri. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;1:89-104.
92. Sibert J.R., Payne E.H., Kemp A.M., Barber M., Rolfe K., Morgan R.J., Lyons R.A., Butler I.: The incidence of severe physical child abuse in wales. Child Abuse and Neglect 2002;26(12):1207.
93. Sidebotham P., Heron J.: Child maltreatment in the “children of nineties” the rol of child. Child Abuse and Neglect 2003;27(3):337-352.
94. Browne K. Preventing Child Maltreatment Trough Community Nursing. J Adv Nurs 1995;21(1):57-63.
95. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(3):128-134.
96. Çatık AE, Çam O. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;22(2):103-119.
97. TC Resmi Gazete. Sağlık Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (2014). <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#> Erişim tarihi: 8Ocak 2015.

EK-1. TÜRK CEZA KANUNU

Soykırım

Madde 76/e

(1) Bir planın icrası suretiyle, milli, etnik, ırki veya dini bir grubun tamamen veya kısmen yok edilmesi maksadıyla, bu grupların üyelerine karşı aşağıdaki fiillerden birinin işlenmesi, soykırım suçunu oluşturur:

e) Gruba ait çocukların bir başka gruba zorla nakledilmesi.

(2) Soykırım suçu failine ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası verilir. Ancak, soykırım kapsamında işlenen kasten öldürme ve kasten yaralama suçları açısından, belirlenen mağdur sayısınca gerçek içtima hükümleri uygulanır.

(3) Bu suçlardan dolayı tüzel kişiler hakkında da güvenlik tedbirine hükmolunur.

(4) Bu suçlardan dolayı zamanaşımı işlemez.

İnsanlığa karşı suçlar

Madde 77/f

(1) Aşağıdaki fiillerin, siyasal, felsefi, ırki veya dini saiklerle toplumun bir kesimine karşı bir plan doğrultusunda sistemli olarak işlenmesi, insanlığa karşı suç oluşturur:

f) Cinsel saldırıda bulunma, çocukların cinsel istismarı.

(2) Birinci fıkranın (a) bendindeki fiilin işlenmesi halinde, fail hakkında ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına; diğer bentlerde tanımlanan fiillerin işlenmesi halinde ise, sekiz yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Ancak, birinci fıkranın (a) ve (b) bentleri kapsamında işlenen kasten öldürme ve kasten yaralama suçları açısından, belirlenen mağdur sayısınca gerçek içtima hükümleri uygulanır.

(3) Bu suçlardan dolayı tüzel kişiler hakkında da güvenlik tedbirine hükmolunur.

(4) Bu suçlardan dolayı zamanaşımı işlemez.

İnsan ticareti

Madde 80/3

(1) (**Değişik: 6/12/2006 – 5560/3 md.**) Zorla çalıştırmak, hizmet ettirmek, fuhuş yaptırmak veya esarete tâbi kılmak ya da vücut organlarının verilmesini sağlamak maksadıyla tehdit, baskı, cebir veya şiddet uygulamak, nüfuzu kötüye kullanmak, kandırmak veya kişiler üzerindeki denetim olanaklarından veya çaresizliklerinden yararlanarak rızalarını elde etmek suretiyle kişileri ülkeye sokan, ülke dışına çıkaran,

tedarik eden, kaçırarak, bir yerden başka bir yere götüren veya sevk eden ya da barındıran kimseye sekiz yıldan oniki yıla kadar hapis ve onbin güne kadar adli para cezası verilir.

(2) Birinci fıkrada belirtilen amaçlarla girişilen ve suçu oluşturan fiiller var olduğu takdirde, mağdurun rızası geçersizdir. (*)

(*)22/7/2010 tarihli ve 6008 sayılı Kanunun 6 ncı maddesiyle bu maddeye birinci fıkrasından sonra gelmek üzere yeni bir fıkra eklenmiş ve diğer fıkralar buna göre teselsül ettirilmiştir.

(3) Onsekiz yaşını doldurmamış olanların birinci fıkrada belirtilen maksatlarla tedarik edilmeleri, kaçırılmaları, bir yerden diğer bir yere götürülmeleri veya sevk edilmeleri veya barındırılmaları hallerinde suça ait araç fiillerden hiçbirine başvurulmuş olmasa da faile birinci fıkrada belirtilen cezalar verilir.

(4) Bu suçlardan dolayı tüzel kişiler hakkında da güvenlik tedbirine hükmolunur.

Kasten öldürme

Madde 81

(1) Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Nitelikli haller

Madde 82/d-e

(1) Kasten öldürme suçunun;

d) Üstsoy veya altsoydan birine ya da eş veya kardeşe karşı,

e) Çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

İşlenmesi halinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi

Madde 83/3

(3) Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.

İntihara yönlendirme*

Madde 84/4

(4) İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak

suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten öldürme suçundan sorumlu tutulurlar.

** Bu maddenin başlığı "İntihar" iken, 29/6/2005 tarihli ve 5377 sayılı Kanunun 10 uncu maddesiyle "İntihara yönlendirme" şeklinde değiştirilmiş ve metne işlenmiştir.*

Kasten yaralama*

Madde 86/3-b

(1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına nedenolan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) **(Ek fıkra: 31/3/2005 – 5328/4 md.)** Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbîmüdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlîpara cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, İşlenmesi halinde,

şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

**Bu maddeye, 31/3/2005 tarihli ve 5328 sayılı Kanunun 4 üncü maddesiyle ikinci fıkra eklenmiş, ikinci fıkrasındaki "iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur." ibaresi "şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır." şeklinde değiştirilmiş ve fıkra numaraları buna göre teselsül ettirilmiştir.*

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

Madde 87/1-e,2-e

(1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.(*)

(3) **(Değişik: 6/12/2006 – 5560/4 md.)** Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekizyıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (**)

(*) Bu fıkralarda geçen "ikinci" ibareleri, 29/6/2005 tarihli ve 5377 sayılı Kanunun 11 inci maddesiyle "üçüncü" olarak değiştirilmiş ve metne işlenmiştir.

(**) Bu fıkrada yer alan "ikinci" ibaresi, 31/3/2005 tarihli ve 5328 sayılı Kanunun 5 inci maddesiyle "üçüncü" şeklinde değiştirilmiş ve metne işlenmiştir.

Taksirle yaralama

Madde 89/2-f,3-e

(1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına nedenolan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) (**Değişik: 6/12/2006 – 5560/5 md.**) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyetebağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.

İnsan üzerinde deney

Madde 90/3 (Çocuklarla ilgili maddesi)

(1) İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;

a) Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,

b) Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

- c) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,
 - d) Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,
 - e) Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,
 - f) Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,
 - g) Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması,
- Gerekir.

(3) (**Değişik: 31/3/2005 – 5328/7 md.**) Çocuklar üzerinde bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için ikinci fıkrada aranan koşulların yanı sıra;

- a) Yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların çocuklar üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,
- b) Rıza açıklama yeteneğine sahip çocuğun kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya vasisinin yazılı muvafakatinin de alınması,
- c) Deneyle ilgili izin verecek yetkili kurullarda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının bulunması,

Gerekir.

İşkence

Madde 94/2-a

(1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılamaya veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

(3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi halinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğer kişiler de kamu görevlisi gibi cezalandırılır.

(5) Bu suçun ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.

(6) (Ek: 11/4/2013-6459/9 md.) Bu suçtan dolayı zamanaşımı işlemez.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence

Madde 95/1-e,2-e

(1) İşkence fiilleri, mağdurun;

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.

(2) İşkence fiilleri, mağdurun;

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

Eziyet

Madde 96/2-a

(1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

İşlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Terk

Madde 97

(1) Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi haline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.

Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi

Madde 98

(1) Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde

yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üçyıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Çocuk düşürtme

Madde 99

(1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altıyıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürtülmesi halinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur.

(6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.

Çocuk düşürme

Madde 100

(1) Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi halinde, bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

Çocukların cinsel istismarı

Madde 103- (Değişik: 18/6/2014-6545/59 md.)

(1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası verilir. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır.

Cinsel istismar deyiminden;

a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(3) Suçun;

a) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

b) İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

c) Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş veya evlat edinen tarafından,

d) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

e) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehditle ya da (b) bendindeki çocuklara karşı silah kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Cinsel istismar için başvurulmuş cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

(6) Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Reşit olmayanla cinsel ilişki

Madde 104

(1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.(*)

(2) **(İptal: Ana.Mah.nin 23/11/2005 tarihli ve E: 2005/103, K: 2005/89 sayılı kararı ile; Yeniden düzenleme:**

18/6/2014-6545/60 md.) Suçun mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) **(Ek: 18/6/2014-6545/60 md.)** Suçun, evlat edineceği çocuğun evlat edinme öncesi bakımını üstlenen veya koruyucu aile ilişkisi çerçevesinde koruma, bakım ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın ikinci fıkraya göre cezaya hükmolunur.

() 18/6/2014 tarihli ve 6545 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesiyle bu fıkrafta yer alan “altı aydan iki” ibaresi “iki yıldan beş” şeklinde değiştirilmiştir.*

Cinsel taciz

Madde 105

(1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.(*)

(2) **(Değişik: 18/6/2014-6545/61 md.)** Suçun;

- a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkisinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
- b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,
- c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
- d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,
- e) Teşhir suretiyle, işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; iş bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

(*) 18/6/2014 tarihli ve 6545 sayılı Kanununun 61 inci maddesiyle bu fıkra da yer alan "hükmolunur" ibaresi ", "filin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur" şeklinde değiştirilmiştir.

Kişi yi hürriyetinden yoksun kılma

Madde 109/3-f

- (1) Bir kimseyi hukuka aykırı olarak bir yere gitmek veya bir yerde kalmak hürriyetinden yoksun bırakan kişiye, bir yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir.
- (2) Kişi, fiili işlemek için veya işlediği sırada cebir, tehdit veya hile kullanırsa, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
- (3) Bu suçun;
 - f) Çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,İşlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza bir kat artırılır.
- (4) Bu suçun mağdurun ekonomik bakımdan önemli bir kaybına neden olması halinde, ayrıca bin güne kadar adli paracezasına hükmolunur.
- (5) Suçun cinsel amaçla işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek cezalar yarı oranında artırılır.
- (6) Bu suçun işlenmesi amacıyla veya sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerinin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

Eğitim ve öğretim hakkının engellenmesi*

Madde 112- (Değişik: 2/3/2014-6529/12 md.)

- (1) Cebir veya tehdit kullanılarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla;

- a) Devletçe kurulan veya kamu makamlarının verdiği izne dayalı olarak yürütülen her türlü eğitim ve öğretim faaliyetlerine,
- b) Kişinin eğitim ve öğretim hakkını kullanmasına,
- c) Öğrencilerin toplu olarak oturdukları binalara veya bunların eklentilerine girilmesine veya orada kalınmasına, engel olunması hâlinde, fail hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

** Bu madde başlığı "Eğitim ve öğretimin engellenmesi" iken, 2/3/2014 tarihli ve 6529 sayılı Kanunun 12 nci maddesiyle metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir.*

Nitelikli yağma

Madde 149/1-e

(1) Yağma suçunun;

e) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

İşlenmesi halinde, fail hakkında on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Müstehcenlik

Madde 226

(1) a) Bir çocuğa müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri veren ya da bunların içeriğini gösteren, okuyan, okutan veya dinleten,

b) Bunların içeriklerini çocukların girebileceği veya görebileceği yerlerde ya da alenen gösteren, görülebilecek şekilde sergileyen, okuyan, okutan, söyleyen, söyleten,

c) Bu ürünleri, içeriğine vakıf olunabilecek şekilde satışa veya kiraya arz eden,

d) Bu ürünleri, bunların satışına mahsus alışveriş yerleri dışında, satışa arz eden, satan veya kiraya veren,

e) Bu ürünleri, sair mal veya hizmet satışları yanında veya dolayısıyla bedelsiz olarak veren veya dağıtan,

f) Bu ürünlerin reklamını yapan,

Kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis ve adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri basın ve yayın yolu ile yayımlayan veya yayımlanmasına aracılık eden kişialtı aydan üç yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(3) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünlerin üretiminde çocukları kullanan kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Bu ürünleri ülkeye sokan, çoğaltan, satışı arz eden, satan, nakleden, depolayan, ihraç eden, bulunduran ya da başkalarının kullanımına sunan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(4) Şiddet kullanılarak, hayvanlarla, ölmüş insan bedeni üzerinde veya doğal olmayan yoldan yapılan cinsel davranışlara ilişkin yazı, ses veya görüntüleri içeren ürünleri üreten, ülkeye sokan, satışı arz eden, satan, nakleden, depolayan, başkalarının kullanımına sunan veya bulunduran kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(5) Üç ve dördüncü fıkralardaki ürünlerin içeriğini basın ve yayın yolu ile yayımlayan veya yayımlanmasına aracılık eden ya da çocukların görmesini, dinlemesini veya okumasını sağlayan kişi, altı yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(6) Bu suçlardan dolayı, tüzel kişiler hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükümlenir.

(7) Bu madde hükümleri, bilimsel eserlerle; üçüncü fıkra hariç olmak ve çocuklara ulaşması engellenmek koşuluyla, sanatsal ve edebi değeri olan eserler hakkında uygulanmaz.

Fuhuş

Madde 227

(1) Çocuğu fuhşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran, bu maksatla tedarik eden veya barındıran ya da çocuğun fuhşuna aracılık eden kişi, dört yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Bu suçun işlenişine yönelik hazırlık hareketleri de tamamlanmış suç gibi cezalandırılır.

(2) Bir kimseyi fuhşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran ya da fuhuş için aracılık eden veya yer temin eden kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis ve üçbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Fuhşa sürüklenen kişinin kazancındanyararlanılarak kısmen veya tamamen geçiminin sağlanması, fuhşa teşvik sayılır.

(3) (Mülga: 6/12/2006 – 5560/45 md.)

(4) Cebir veya tehdit kullanarak, hile ile ya da çaresizliğinden yararlanarak bir kimseyi fuhşa sevk eden veya fuhuş yapmasını sağlayan kişi hakkında yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarısından iki katına kadar artırılır.

(5) Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan suçların eş, üstsoy, kayın üstsoy, kardeş, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da kamu görevi veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(6) Bu suçların, suç işlemek amacıyla teşkil edilmiş örgüt faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(7) Bu suçlardan dolayı, tüzel kişiler hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur.

(8) Fuhşa sürüklenen kişi, tedaviye veya psikolojik terapiye tâbi tutulabilir. (*)

() Bu fıkrada yer alan " tedavi veya terapiye tabi tutulur." ibaresi, 6/12/2006 tarihli ve 5560 sayılı Kanunun 9 uncu maddesiyle "tedaviye veya psikolojik terapiye tâbi tutulabilir." şeklinde değiştirilmiş ve metne işlenmiştir.*

Kumar oynanması için yer ve imkan sağlama

Madde 228

(1) Kumar oynanması için yer ve imkan sağlayan kişi, bir yıla kadar hapis ve adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Çocukların kumar oynanması için yer ve imkan sağlanması halinde, verilecek ceza bir katı oranında artırılır.

(3) Bu suçtan dolayı, tüzel kişiler hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur.

(4) Ceza Kanununun uygulanmasında kumar, kazanç amacıyla icra edilen ve kar ve zararın talihe bağlı olduğu oyunlardır.

Dilencilik

Madde 229

(1) Çocukları, beden veya ruh bakımından kendini idare edemeyecek durumda bulunan kimseleri dilencilikte araç olarak kullanan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçun üçüncü derece dahil kan veya kayın hısımları ya da eş tarafından işlenmesi halinde verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(3) Bu suçun örgüt faaliyeti çerçevesinde işlenmiş olması halinde, verilecek ceza bir kat artırılır.

Çocuğun soybağını değiştirme

Madde 231

(1) Bir çocuğun soybağını değiştiren veya gizleyen kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Özen yükümlülüğüne aykırı davranarak, sağlık kurumundaki bir çocuğun başka bir çocukla karışmasına neden olan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Kötü muamele

Madde 232

(1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İdaresi altında bulunan veya büyütme, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanankişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir.

Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali

Madde 233

(1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikayet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Hamile olduğunu bildiği eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğunu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimseye, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.

(3) Velayet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Çocuğun kaçırılması ve alıkonulması

Madde 234

(1) Velayet yetkisi elinden alınmış olan ana veya babanın ya da üçüncü derece dahil kan hısmının, onaltı yaşını bitirmemiş bir çocuğu veli, vasi veya bakım ve gözetimi

altında bulunan kimsenin yanından cebir veya tehdit kullanmaksızın kaçırmaması veya alıkoymaması halinde, üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Fiil cebir veya tehdit kullanılarak işlenmiş ya da çocuk henüz oniki yaşını bitirmemiş ise ceza bir katı oranında artırılır.

(3) **(Ek: 6/12/2006 – 5560/10 md.)** Kanunî temsilcisinin bilgisi veya rızası dışında evi terk eden çocuğu, rızasıyla da olsa, ailesiniveya yetkili makamları durumdan haberdar etmeksizin yanında tutan kişi, şikâyet üzerine, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Suçü bildirmeme

Madde 278 (İptal: Anayasa Mahkemesinin 30/6/2011 tarihli ve E.:2010/52, K.:2011/113 sayılı Kararı ile.;

Değişik: 2/7/2012-6352/91 md.)

(1) İşlenmekte olan bir suçü yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

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

(3) Mağdurun onbeş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan engelli olan ya da hamileliğı nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarioranında artırılır.(*).

(4) Tanıklıktan çekinebilecek olan kişiler bakımından cezaya hükmolunmaz. Ancak, suçü önleme yükümlülüğünün varlığı dolayısıyla ceza sorumluluğuna ilişkin hükümler saklıdır.

(*). 25/4/2013 tarihli ve 6462 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle bu fıkroda yer alan “özürlü” ibaresi “engelli” olarak değiştirilmiştir.

Kamu görevlisinin suçü bildirmemesi

Madde 279

(1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

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

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

Madde 280

(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

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

EK-2. ETİK KURUL ONAYI



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



Sayı :60116787-020/30514
Konu :Başvuru hk.

29/05/2014


Sayın Doç.Dr. Aysun ÖZŞAHİN

İlgi :22.05.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Denizli İli merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri" konulu çalışmanız 27.05.2014 tarih ve 08 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Tel: 0 (258) 296 16 04
E-Posta: tibbietik@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Aysel ÖZKAN
Faks: 0 (258) 296 17 65
Elektronik Ağ:http://www.pau.edu.tr

EK-3. İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ

T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 23030800/...../..6671
Konu : Araştırma İzni.

06/06/2014


PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ (Genel Sekreterlik)

İlgi:30.05.2014 tarihli başvuru.

İlgi başvuru ile üniversiteniz PAÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi Doç.Dr. Aysun ÖZŞAHİN'in "Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri" konulu çalışmasına yönelik olarak yapmış olduğu başvuru Müdürlüğümüz Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu Toplantısında incelenmiştir.

Çalışmanın yapılması komisyon tarafından yönerge doğrultusunda uygun görülmüş olup, üç ayda bir araştırmanın durumunu bildiren raporun ve tamamlanan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi, yazının Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Kınıklı/Denizli adresinde görevli olan Doç.Dr. Aysun ÖZŞAHİN ve yardımcı araştırmacı Araş.Gör.Dr.Hakan BİLGİÇ ile ilgili birimlere tarafınızdan tebliği için;

Gereğini arz ederim.


Dr.İbrahim DEMİRCİLER
Halk Sağlığı Müdürü

06/06/2014 Ebe
06/06/2014 A.H.U.Şb.Md.
06/06/2014 Halk Sağ.Md.Yrd.

: M.DALKIRAN
: Dr.A.B.GEVREK
: Dr.A.ÜNAL

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü-Aile Hekimliği Uygulama Şubesi
Telefon: (0 258)2426195 - 265 62 60 (Dâhili:347)
E-posta: hsm20.ahu@saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Dr.A.Betül GEVREK
Faks: (0 258) 242 07 00 – 262 42 30

EK-4.

DENİZLİ İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN EBE VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ DENEYİMLERİ, BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ

Bu anket ile Denizli ili kent merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler gizli tutulacaktır. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ FORMU

1- Yaş : ...

2- Medeni Durum: Bekar (Hiç Evlenmemiş) Evli Boşanmış/ Ayrı Dul

3- Çocuğunuz var mı? Hayır Evet Çocuk Sayısı

4- Yanıtınız evet ise çocuk/çocuklarınıza kim bakıyor? Yaşı büyük olduğu için bakıcı ihtiyacı yok
 Anne,kayınvalide veya diğer yakın akrabalar
 Bakıcı
 Kreş,yuva
 Diğer: ...

5- Meslek: Ebe Hemşire Hemşire

6- Meslekte kaçınıcı yılınız? ...

7- Eğitim durumunuz? Lise Yüksekokul Üniversite

8- Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı? Evet Hayır

9- Mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı? Evet Hayır

10- Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilendirme ihtiyacı duyuyor musunuz? Evet Hayır

11- Çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız? Evet Hayır

12- Cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Bu konuyla ilgili yeterli bilgim olmadığı için (yanlış tanı?)
 Konu ile uğraşmak istemediğim için.
 Bu konuya ayıracak zamanın olmadığı için.
 Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için.
 Yasal süreçle uğraşmak istemediğim için.
 Sorunu kendimin daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için
 Çocuğu şimdiki durumundan daha kötü duruma sokacağım endişesi
 Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için.
 Diğer:...

13- Meslek hayatınız boyunca çocuk istismarı ve ihmalden şüphelendiğiniz hasta oldu mu? Evet Hayır

14- Cevabınız evet ise son bir yıl içerisinde şüphelendiğiniz kaç vaka oldu? ...

15- Çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığınızda en çok hangi konuda zorlandınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Öykü Alma
Fizik muayene
Kayıt tutma
İlgili kurumlarla iletişim/Yasal süreç
Diğer:....

16- Son bir yıl içerisinde bir vaka ile karşılaştığınızda ne yaptınız?

Hiç bir şey yapmadım.
 Durumu aile hekimiyle paylaştım.
 Aile hekimiyle birlikte resmi makamlara bildirim yaptık.
 Çocuğun ailesiyle konuştum.
 Çocuğun kendisiyle yalnız olarak görüştim.
 Diğer: ...

EK-5.**ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU**

Çocuk istismar ve ihmal 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 değil	Hiç doğru değil
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
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.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağılıdır.					
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 yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.					
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.					
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde 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 ihmaliinde önemli bir faktör değildir.					
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.					
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkendir.					
66	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					