T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ

ÜMMÜHAN KOCAER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu
Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı

İSTANBUL-2006

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırlı, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım

Sayın Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu'na,

Yoğun iş temposunun arasında bana zaman ayırmayı ihmal etmeyen, önerileri, katkıları ve desteğinden dolayı ikinci danışmanım

Sayın Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı'ya,

Her zaman bana güvenen ve destek veren anneme ve babama

En içten duygularımla teşekkür ederim.

Ümmühan Kocaer

İstanbul / 2006

I. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. ÖZET 1

2. SUMMARY 3

3. GİRİŞ VE AMAÇ 5

3.1. Giriş 5

3.2. Amaç 10

4. GENEL BİLGİLER 11

4.1. Tarihsel Süreçte Çocuk 11

4.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi 13

4.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı 15

4.3.1. Fiziksel İstismar 18

4.3.1.1. Shaken Baby Syndrome (Sarsılmış Bebek Sendromu) 20

4.3.1.2. Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu) 21

4.3.2. Duygusal İstismar 22

4.3.3. Cinsel İstismar 26

4.3.3.1. Cinsel İstismar Türleri 27

4.3.3.2. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest) 31

4.3.3.3. Ensestin Çocuk Üzerindeki Etkileri 33

4.3.4. İhmal 34

4.3.4.1. İhmal Sonucu Çocukta Ortaya Çıkan Durumlar 36

4.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler 37

4.4.1. Aileden Kaynaklanan Nedenler 39

4.4.2. Çocuktan Kaynaklanan Nedenler 42

4.4.3. Çevreden Kaynaklanan Nedenler 44

Sayfa No

4.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi 45
4.5.1. Birincil Önleme 47
4.5.2. İkincil Önleme 48
4.5.3. Üçüncül Önleme 49
4.6. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismar ve İhmalinin Yeri 51
4.6.1. Medeni Kanuna Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması 136
4.6.2. Türk Ceza Kanununa Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması 137
4.6.3. Ceza Muhakemesi Kanununa Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması 143
4.6.4. Çocuk Koruma Kanununa Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması 144
4.6.5. Umumi Hıfzıssıhha Kanununa Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması 146
4.6.6. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununa Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması 147
4.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hekim ve Hemşirelerin Rolü 51
5. GEREÇ VE YÖNTEM 55
5.1. Araştırmanın Şekli 55
5.2. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular 55
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 56
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 57
5.5. Verilerin Toplanması 58
5.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 58
5.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin 59

Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

Sayfa No

5.6. Araştırmanın Etik Yönleri 59

5.7. Aracın Geçerlik ve Güvenirliği 60

5.8. Verilerin Toplanması 61

5.9. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler 61

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi 62

5.11. Anket Formunun Değerlendirilmesi 62

5.12. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 63

6. BULGULAR 64

6.1. Hekim ve Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler 64

6.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri 64

6.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Etkinlikleri ve Vakaların Tanılanması Aşamasında Olması Gerekliliğine İnanılan Branşlara Ait Görüşleri 66

6.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin İş Yaşamında Karşılaştıkları Durumlara Ait Görüşleri 68

6.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi 72

6.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıkları Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi 72

6.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması 77

6.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Farkındalıkları ile Sosyo – Demografik 79

Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sayfa No

7. TARTIŞMA 92

7.1. Hekim ve Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler 92

7.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri 92

7.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Etkinlikleri ve Vakaların Tanılanması Aşamasında Mutlaka Olması Gerekliliğine İnanılan Branşlara Ait Görüşleri 94

7.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin İş Yaşamında Karşılaştıkları Durumlara Ait Görüşleri 95

7.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi 100

7.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılanması Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 100

7.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması 100

7**.3**. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri ile Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanılanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 105

8. SONUÇ VE ÖNERİLER 112

8.1. Sonuç 112

8.2. Öneriler 114

9. EKLER 117

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu 117

Sayfa No

Ek 2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek 121

Ek 3. İstanbul'daki AÇSAP Merkezleri Listesi 126

Ek 4. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTÖ) Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (Tablo 7) Hemşirelerin ÇİİBRTÖ Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (Tablo 8) 127

Ek 5. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismar ve İhmalinin Yeri 135

Ek 6. Uysal A'nın Ölçeğin Kullanılmasına İlişkin İzin Yazısı 148

Ek 7. Etik Kurul Onayı 149

Ek 8. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı 150

10. KAYNAKLAR 151

11. ÖZGEÇMİŞ 163

II. TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Erken Tanılamada Kullanılan Risk Faktörleri Kontrol Listesi 49

Tablo 2. Geçerlilik güvenilirlik değerlendirmesi 60

Tablo 3. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 64

Tablo 4. Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Soruların Değerlendirmesi 66

Tablo 5. İş Yaşamında Çocuk İstismarı ve İhmali Dağılımı 68

Tablo 6. Sosyo - Demografik Özelliklerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi 71

Tablo 7. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİİBRTÖ) Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı 126

Tablo 8. Hemşirelerin ÇİİBRTÖ Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı 130

Tablo 9. ÇİİBRİTÖ Puanlarının Genel Dağılımı 74

Tablo 10. Hekim ve Hemşirelere göre ÇİİBRTÖ Puanlarının Dağılımı 77

Tablo 11. Cinsiyet / Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre ÇİİİBRTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 79

Tablo 12. Gruplarda Yaş Sınıflamasına Göre ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 80

Tablo 13. Gruplarda Meslekteki ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerindeki Çalışma Süresine Göre ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 81

Tablo 14. Hekim ve Hemşirelerin Öğrenimleri Sırasında Konu İle İlgili Bilgi Alma, Alınan Bilginin Yeterliliği ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumlarına Göre ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 83

Tablo 15. Hekimlerde Çocuk İhmali ve İstismarının Tanınması Aşamasında Bulunması Gereken Branşların ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 85

Sayfa No

Tablo 16. Hemşirelere Göre Çocuk İhmali ve İstismarının Tanınması Aşamasında Bulunması Gereken Branşların ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 86

Tablo 17. Gruplarda İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali Olgusu Veya Şüphesi İle Karşılaşma Durumuna Göre ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 88

Tablo 18. Hekim ve Hemşirelerin İş Yaşamında Çocuk İstismarı ve İhmali Olgusu İle Karşılaşma Durumunda Zorlanılan Aşamalara Göre ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 89

Tablo 19. Hekim ve Hemşirelerde Çalıştıkları Kurumda Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Talimat/Prosedür Varlığına ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 90

Tablo 20. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Olgusu İle Karşılaşma Durumunda Geri Bildirim Yapmaya Göre ÇİİBRTÖ Toplam Puanlarının Dağılımı 91

III. ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Çok aşamalı risk faktörleri	38

IV. GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No

Grafik 2. ÇİİBRTÖ Puanlarının Dağılımı 76
Grafik 3. Gruplara göre ÇİİBRTÖ Puanlarının Dağılımı 78
Grafik 4. Hemşirelerde Çocuk İhmali ve İstismarının Tanınması Aşamasında Bulunması Gereken Branşların ÇİİBRTÖ Puanlarının Dağılımı 87

V. KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ÇİKORED:	Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
ÇİİBRTÖ:	Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

1. ÖZET

Bu çalışma; çocuk ihmal ve istismarının tanılanmasında önemli rolü olan, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin konuya ilişkin farkındalıklarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma evrenini ve örneklemini; İstanbul il sınırlarında bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin tümü (35 merkez) oluşturmuştur. Çalışma gerekli izinler alındıktan sonra 02 Şubat 2006 - 01 Haziran 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri; "Tanıtıcı Bilgi Formu" (EK 1) ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu" (EK 2) kullanılarak elde edilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmıştır.

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve riskleri tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması 3,92±0,40, hemşirelerin bilgi puan ortalamaları ise 3,74±0,40 olarak saptanmıştır. Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanları hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği alt gruplarından olan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puan ortalamaları hekim grubunda hemşirelere göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalamaları hekim olgularda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalamaları hekim olgularda hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,01$).

Hekim (3,85±0,45) ve hemşireler (3,87±0,49) çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama alt ölçek gruplarından en yüksek puan ortalamasını "istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri" alt ölçeğinden almışlardır.

Hekim (3,34±0,48) ve hemşireler (3,13±0,70) çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama alt ölçek gruplarından en düşük puan ortalamasını "istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri" alt ölçeğinden almışlardır.

Sonuç olarak; Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin farkındalık düzeyleri incelenmiş; erken tanı koyma sürecinde rol alacak olan sağlık çalışanlarının bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hekim, Hemşire, İhmal, İstismar.

2. SUMMARY

LEVELS OF AWARENESS IN DOCTORS AND NURSES REGARDING CHILD ABUSE AND NEGLECT

This study has been conducted to determine the degree of awareness of nurses and doctors in identifying child abuse and neglect in the light of the fact that these health professionals play an important role in the implementation of protective health services.

The research was carried out, following the obtaining of the required approval, over the period February 2, 2006 – June 1, 2006 at all (35) the Mother and Child and Family Planning Centers (MCFPC) within the boundaries of Istanbul Province.

Data for the study was collected through the use of an "Identifying Information Sheet" (ATTACHMENT 1) and "Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect" (ATTACHMENT 2).

An SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 10.0) program was employed for statistical analysis of data.

The general scale point mean for identifying signs and risks of child abuse and neglect for doctors was found to be 3.92±0.40 and 3.74±0.40 for nurses. The total scale points for identifying signs and risks of child abuse and neglect for doctors was found to be significantly higher than those recorded for nurses ($p<005$).

In the subgroup defined as physical signs of abuse in children on the scale identifying signs and risks of child abuse and neglect, mean points were significantly higher in the sampling of doctors as compared to nurses ($p<0.01$). Mean points reflecting an awareness of the characteristics of parents predisposed to abuse and neglect were also significantly higher in the sampling of doctors ($p<0.05$). Mean points corresponding to an awareness of children susceptible to abuse and neglect were found to be decidedly more significant in doctors as compared to nurses ($p<0.01$).

Among the subgroups in the scale of identifying signs and risks of child abuse and neglect in doctors and nurses, the highest mean points were recorded in “behavioral signs of abuse and neglect in children” (3.85±0.45; 3.87±0.49).

The lowest mean points among the subgroups in the scale of identifying signs and risks of child abuse and neglect in doctors and nurses were recorded in “characteristics of parents predisposed to abuse and neglect” (3.34±0.48; 3.13±0.70).

In conclusion, the degree of awareness of doctors and nurses working at Mother and Child and Family Planning Centers regarding child abuse and neglect was examined in the study and it was determined that the health professionals who played a role in the process of early diagnosis needed to be educated in this area.

Key Word: Child, Doctor, Nurse, Abuse, Neglect.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. Giriş

Toplumların geleceklerini sağlam temellere oturtabilmeleri için toplumun sosyal yapısını oluşturacak olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve eğitilmeleri gerekliliği tüm bireyler tarafından kabul gören bir gerçektir (12).

Çocuk doğduğu andan itibaren büyüme süreci içerisinde ailesi ile kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçları özümseyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturmaktadır. Toplumların geleceği olan çocuk ve gençlerin her yönden sağlıklı yetişmeleri, kişilik gelişimleri için çok önemlidir (24).

Çocuk anne babaya yalnızca bakım ve beslenme açısından değil aynı zamanda ilgi ve sevgi bakımından da muhtaçtır. Çocuk sevgi dolu ve huzurlu bir aile ortamında kurduğu temellerle davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve topluma uyumunu düzenler. Nesillerin iyi yetişmesi, ana ve babaların tutumlarına bağlıdır ve onların eseridir. Bu nedenle ana babaların çocuklarına gösterdikleri tutum ve davranışlar, çocuğun yetiştiği ortam, çevresindeki diğer yetişkinlerin davranışları çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesi açısından önemlidir (24).

Anne babaların çocuklarına karşı gösterdikleri tutumlardan birisi hoşgörüdür. Çocuk merkezli bu tutumda, ailenin merkezi çocuk olmuştur. Çocuğun hiçbir sorumluluğu yoktur, ilgi içinde boğulmuştur. Çocuk herhangi bir neden yokken hediyeler verilerek ödüllendirilir. Bir diğeri ise ilgisiz tutumdur. Çocuklarına karşı çok az ilgi gösteren ailelerin tutumudur. Genelde çocukları tarafından rahatsız edilmek istemezler. Çocukların davranışlarında her hangi bir kısıtlama yoktur. Katı baskıcı tutumda ise aile çocuğa aşırı baskı uygular, çocuk itiraz edince cezalandırılacağını bilir. Bu tip ana babalar çocukların çabuk büyüyüp olgunlaşmasını isterler. Diğer bir ana baba tutumu da reddeden ana baba tutumudur. Ana baba çocuğa karşı düşmanca bir tavır içerisindedir. Sık sık çocuğu cezalandırır. Çocukların uslanmaz bir yaramaz olduğunu düşünür. Koruyucu ana babalar ise çocuğu her konuda korumak isterler, çocuğun

yapabileceği şeyleri bile kendileri yaparak fırsat vermezler. Destekleyici ana babalar ise çocuklarına karşı pozitif tutum sergilerler. Çocuklarını gerektiği zaman desteklerler, çocuklarına bağlı olmakla birlikte onun kölesi olmayan kişilerdir (15, 24).

Anne babaların çocuklarına karşı tutumları, kendi kişilik özelliklerinden, içinde yetiştikleri sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik koşullardan, eğitim düzeyinden, çocuklarına ait özelliklerden ve içinde bulundukları toplumun geleneksel çocuk yetiştirme yöntemlerinden etkilenmektedir. Bu etkilenmeden olumlu sonuçlar çıkartıp çocuklarına bu yönde tutum ve davranış sergileyen ana babaların çocukları sağlıklı bireyler olarak topluma kazandırılırken, kötü tutuma maruz kalan çocuklar çevre ve toplum bileşenlerinin de etkisi ile kötü muamele ve ihmale maruz kalan bireyler olmaktadırlar (15, 24).

Çocuğun ailesi tarafından yetiştirildiği tutum onun gelecek yaşantısını bire bir etkilemektedir. Ne tür tutumda yetişirse yetişsin çocukların aile yaşamı ve toplum içerisinde fiziksel cezalandırılmalara, duygusal ve cinsel açıdan kötü muamele ve ihmale maruz kaldıkları görülmektedir. Bunun sonucun da da çocuğun duygusal yaşantısı ve kişiliği kısacası tüm yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir (11, 114).

Aile ve toplum tarafından çocuğun bilinçli veya bilinçsiz olarak istismar ve ihmal edilmesinin bir çok nedeni bulunmaktadır. Bunların en önemlileri toplumsal, ekonomik ve kültürel etkenlerdir. Toplumların geleceği olan çocukların her yönden sağlıklı yetiştirilmeleri o toplumu oluşturan bireylerin ve çevre etkenlerinin sorumluluğu altındadır. (19, 114, 118).

Son yıllardaki teknolojik gelişmeler, bir çok ülkenin çocuk sağlığına, eğitimine, bakımına olumlu katkıları olarak yansımaktadır. (19, 114, 118).

Tüm bu gelişmelere rağmen hala dünyanın pek çok ülkesinde çocuğa ebeveyni, yakın çevresi, toplumdaki çeşitli kesimler tarafından fiziksel, duygusal ve cinsel olarak kötü muamele edilmektedir. Kimi küçük yaşta ağır işçi olarak çalışırken, kimi savaşa katılmak zorunda bırakılmaktadır. Bazıları ise beslenme, barınma, eğitim, bakım gibi

bir çok temel ihtiyacını karşılayamamakta, bunların sonucunda da sakat kalmakta ya da yaşamlarını yitirmektedirler (19, 114, 118).

Dünya Sağlık Örgütü; çocuk sağlığını, fiziksel yada psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum yada devlet tarafından bilerek yada bilmeyerek yapılan tüm davranışları çocuk istismarı olarak kabul etmektedir (80, 88).

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur (67). Günümüzde yeterli kayıt bulunmamasına rağmen çocuğa yönelik şiddet olaylarına pek çok ülkede sıklıkla rastlanmaktadır. Bu konuda çocuğun yaşı ne kadar küçük olursa risk o kadar yüksektir. 0-6 yaş arasındaki çocukların ihmal ve istismara uğrama oranı , daha büyük çocuklarla karşılaştırıldığında hemen hemen iki kat daha fazladır (50).

Amerika Birleşik Devletleri The National Child Abuse and Neglect Data System raporlarına göre 2002 yılında raporlanan 1400 çocuk ölümü çocuk istismarı ve ihmalinden kaynaklanmaktadır. Aynı rapora göre en çok istismara 3 yaşından küçük çocukların uğradığı bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmalinden kaynaklanan ölüm olguları incelendiğinde %38 ölümün ihmalden, %30'unun fiziksel istismardan, %29'unun birden fazla çeşit istismar ve ihmalden, %3'ünün duygusal istismardan ve %1 kadarının da cinsel istismardan kaynaklandığı bulunmuştur (http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/factsheets/fatality.cfm, Erişim Tarihi: 10.08.2006).

Kolorado ve Kuzey Karolina'da yapılan çalışmalarda çocuk istismarı ve ihmalinden kaynaklandığı düşünülen %50-60 oranındaki ölümlerin kayıt altında olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmalarda vurgulanan önemli bir durumda; istismarın en çok ölüme sebep olan kötü muamele şekli olmasına rağmen, en fazla da kayıt altına alınmayan ölüm sebebi olmasıdır (40, 63).

İngiltere'de ise haftada dört çocuk, istismar ve ihmal sebebi ile ölmekte ve dört yaş altında her bin çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır (120).

Ülkemizde ise Aral (8)'ın yaptığı çalışmada çocukların %65,72'sinin anne ya da babası tarafından fiziksel istismar edildiklerini belirlemiştir.

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran çocuklar arasında yapılan araştırmada da %36 oranında fiziksel ve duygusal istismar saptanmıştır (88).

Türkiye'de ailelerin %43'ünde fiziksel şiddet, %53'ünde sözlü şiddet, %46'sında çocuklara yönelik fiziksel şiddet izlenmektedir (1).

Toplumda çocuğa kötü davranma, ihmal etme bazı bireylerce kötü, iğrenç bir davranış olarak değerlendirildiğinden bu durum çoğu kez inkar edilebilir veya görmezlikten gelinebilir. Sağlık profesyonelleri ise bulundukları özel konum ve mesleki eğitimleri nedeniyle başkalarının ilgilenmediği bu durumdan kaçmayarak bu soruna eğilmeye ve toplumda istismar ve ihmal olaylarını önlemeye çalışmalıdırlar (18).

Çocuk istismar ve ihmalini önlemede amaç, durumun ortaya çıkmaması için önlemler almak, bazı tür davranışları engellemek, ya da olumlu yönlere kanalize etmeye çalışmaktır (126).

Önleme çalışmaları; çocuğun sağlığını kendisini en iyi hissettiği durumda sürdürmesi ve ayrıca tedavi gereksinimleri ve madde kullanımı, suça yönelme gibi sosyal problemlerin önlenmesi açısından önemlidir (18).

Önleme çalışmaları üç temel aşamadan oluşmaktadır. Bunlar;

- Birincil önleyici hizmetler (sosyal reform, tutumların değiştirilmesi ve eğitim),
- İkincil önleyici hizmetler (yüksek risk gruplarının belirlenmesi),
- Üçüncül önleyici hizmetlerdir. (istismar edilmiş çocuğun tekrar istismarını önlemeye yönelik hizmetler) (28, 126).

Üçüncül önleyici hizmetlerde; Çocuk ihmal ve istismarının tekrarı ve ortaya çıkabilecek ölüm gibi komplikasyonların önlenmesi amaçlanır. Günün 24 saati açık olan

merkezlerde fiziksel ve ruhsal tedavi öncelikli olmak üzere, rehabilitasyon ve ailenin yeniden topluma kazandırılmasını hedefleyen programlar kullanılır (28, 126).

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulması olarak özetlenebilir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Sağlık Ocakları rehberliğinde okullarla işbirliği yapılarak eğitim programları düzenlenebilir. Ayrıca yapılan ev ziyaretleri de bu amaçla kullanılabilir. Hemşirelere bu alanda aktif olarak büyük eğitici bir rol düşmektedir (18, 28, 126).

Bir çok önleme programı normal çocuk gelişimi ve ebeveynlik stratejilerine ilişkin temel sosyal destek ve eğitimi sağlayan ev ziyaretlerini de içermektedir. Ülkemizde ev ziyaretleri yapan sağlık profesyonellerinin ihmal ve istismara yönelik yüksek riskli gruplar ve ana babalık tutumları konusunda bilgilendirilmeleri ile önleme gerçekleştirilebilir (28, 126).

Old's ve arkadaşları (85) çocuk istismarı ve ihmalini önlemede ev ziyaretlerinin etkisini inceledikleri çalışmalarında, iki yaşına kadar hemşireler tarafından ailenin risk durumuna bakılmaksızın evde ziyaret edilen kadınların bebeklerinin; acil servise daha az başvurduğunu, ve kontrol grubundaki bebeklere oranla kaza ve zehirlenme gibi nedenlerle daha az sıklıkta uzman görüşüne gerek duyulduğunu saptamışlardır.

Birincil önleyici hizmetler, tüm çocukların gelişimlerini iyi bir biçimde sürdürebileceği ortamı sağlamaktadır. Ailelerin ve çocukların yaşadıkları koşulları iyileştirebilmenin en etkin yolu sosyal reformlardan geçmektedir. Kuşkusuz bir toplumun yaşam kalitesini artıran her uygulama aile ve çocuklar üzerinde olumlu etkiler yaratır. Aileler ile yapılacak olan görüşmelerde çocuğun gelişimi ve yetiştirilmesine ilişkin bilgiler verilerek, çocuğun ruhsal gelişim ve gereksinimlerine öncelik vermeleri sağlanabilir (53).

3.2. Amaç

Çocuk İhmal ve İstismarı ülkemizde ve dünya da sık karşılaşılan bir durum olmasına karşın hemşireler ve hekimler tarafından tanılanması, kayıt altına alınması, gerekli yasal süreçlerin, uygun tedavi ve rehabilitasyon sürecinin başlatılması konusunda zorluklar yaşanmaktadır (18).

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında önemli bir konumdadırlar. Çünkü bu kurumlarda çocuk ve aile ile ilk karşılaşan bireyler hekim ve hemşirelerdir. Bu kurumlarda çalışan hekim ve hemşireler "yüksek risk " gruplarını erkenden fark ederlerse ciddi örselenmeler önlenmiş olur (17, 18).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerin riskli çocuk ve eğilimli aileleri gözleyerek değerlendirmeleri çok önemlidir. Bu değerlendirmeyi iyi yapan bir sağlık ekibi kötü davranılan ve ihmal edilen çocukların erken tanı ve tedavisinde olduğu kadar bu vakaların önlenmesinde ve çocukların korunmasında önemli bir rol sahibi olacaklardır (18, 67).

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çok azı tedavi edici kurumlara ulaşmaktadır. Genellikle de olgular aile içinde gizli kalmaktadır. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında erken tanı ve tedavinin başlatılması sürecinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerine büyük rol düşmektedir (18, 67).

Bu çalışma koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan, çocuk ihmal ve istismarının tanılanmasında önemli rolü olan, hekimlerin ve hemşirelerin konuya ilişkin farkındalıklarını belirlemek amacı ile planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. TARİHSEL SÜREÇTE ÇOCUK

ÇOCUK kavramı tarih boyunca toplumun yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır (8). Toplum içerisinde farklı tarihsel dönemlerde, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel sınıflarda çocukluk çağı dönemi değişik şekillerde tanımlanmıştır (42).

İnsanlık tarihinde geriye doğru bakıldığında, farklı kültürlerde, farklı çağlarda, çocuğun bir "mal" gibi algılanıp çeşitli biçimlerde kötüye kullanıldığı görülür. Çocukların doğar doğmaz babaları tarafından öldürülmeleri, köle olarak satılmaları, tanrılara adak olarak verilmeleri, boğaz tokluğuna ufak yaşlarda çok ağır işlerde çalıştırılmaları gibi örnekler çoğaltılabilir. Eski çağlarda çocuğun yazgısı anasının yazgısına sıkı sıkıya bağlıydı. Her ikisi de toplum içinde kölelerden biraz daha iyi durumdaydılar. Yine de bu durum her ikisinin de köleler gibi alınıp satılmasını, dövülerek sakat bırakılmalarını, toplum kuralları adına kurban edilmelerini önleyemiyordu. Eski Roma'da babalara çocuklarını öldürme, satma, terk etme gibi haklar kanunlarla tanınırken, Çin,Hindistan, Meksika ve Peru gibi ülkelerde bebeklerin güçlülüğünü denemek amacıyla nehirlere bırakılmaları sık uygulanan törelerdendi.Tarihin tüm dönemlerinde kız çocuklarının erkek çocuklarına oranla daha çok istismar edildikleri ve öldürüldükleri görülmektedir. Özellikle Çin'de kız çocuklar ekonomik nedenlerle satılmakta ya da işgücüne fazla katkısı olmayacağı düşüncesi ile öldürülmekteydiler. Eskimolar arasında eve gelen misafirlere kızlarını ikram etme yaygın bir uygulama idi. Kız çocukların bazı toplumlarda özellikle Hindistan, Avustralya ve bazı İslam ülkelerinde çok küçük yaşta evlendirilmeleri de çocuk ölümlerini artıran nedenlerin başında gelmektedir (74, 124).

Ortaçağ ve günümüz Latin Amerika'sının bazı kesimlerinde, çocukluk çağı yaşamın ilk beş yılını içerirken, batı dünyasının orta sınıfı için bu dönem 25 yaşına kadar yükselmektedir. Batı dünyasında çağlar boyu çocuğun yerine baktığımızda antik

dönem hatta aydınlanma ve endüstriyel dönem boyunca 6 yaşlarından itibaren çocuğun erişkin iş ve görevlerinde rol almaya başladığı görülmektedir. Çocuk, ailesinin günlük ekmeğini kazanmasında sorumluluk sahibi olmakta, avlanmakta, su taşımakta, odun kesmekte, küçüklere bakma gibi işlere yardımcı olmaktadır. 17. ve 18. yüzyıllarda sık karşılaşılan bir öldürme yöntemi de özellikle İngiltere'de uygulanan istenmeyen bebeklerin bizzat anneleri tarafından uyurlarken üzerlerine yatarak, ezilerek öldürülmeleriydi. Rönesans'dan 20. yüzyıla kadar tarım işçilerinin kız çocuklarını genellikle 10 yaşından sonra zengin ailelerin evine çalışmaya verdikleri görülmektedir. Çocuklar için bu zor şartlar sadece fakirler için geçerli değildi. Ortaçağ asilzadesinin de oğlunu 7 yaşına geldiğinde bir silahşör olarak eğitilmek üzere evden uzağa gönderdiği bilinmektedir (42, 74).

Tevrat'ta yazılı on emirden biri ana babaya boyun eğmektir. İbraniler'de baba sözünden çıkan ya da baş kaldıran çocuğun cezası taşlanarak öldürülmekti (118).

Çocuk öldürmek, özellikle sakat doğanları ve kız çocukları bebekken yok etmek eski toplumlarda yaygın olarak görülmekteydi. Eskimolar bebeklerini buzlu suya atar, Araplar istemedikleri cinsiyette doğan çocuklarını diri diri kuma gömerlerdi (118).

Hristiyanlığın doğuşuyla birlikte acıma, düşküne ve güçsüze yardım duyguları toplumlara yayılmaya başladı. Kilise kimsesiz çocukları kanatları altına aldı. Onları Tanrı yoluyla eğitmeye başladı. Aslında amaç çocukları kurtarmak değil, onları dinin ve Tanrı'nın buyruğuna sokmaktı. Çok geçmeden çocuklar bu kez de din adına, kilise adına ezilmeye başladı. İncil, çocukların günah ürünleri olduğunu yazıyordu. Onları cehennemlik olmaktan kurtarmak ana-babaların göreviydi. Çocukta doğuştan varolan kötülükleri ve içindeki şeytanı kovmak için onu dövmek gerekliydi. Bunun için ana-baba dayağı elden bırakmamak zorundaydı (118).

İslam dini bir çok bakımdan çocuklara karşı diğer dinlerden daha hoşgörülü idi. Örneğin Kur'an yetimlere kardeş gibi davranmayı, mallarına el sürmemeyi öğütler. Çocuklara da ana baba sözü dinlemeleri, saygılı olmaları ve yaşlılıklarında iyi

davranmaları öğütlenir. Bu insancıl buyruklar yanında İslam dini de ana babaya baş kaldırmayı en büyük günahlardan sayar (118).

Tarih boyunca süre gelen çocuğa karşı farklı yaklaşımlar günümüze gelindikçe bilimsel buluşlar, teknolojideki gelişmeler ile değişime uğramıştır. Tıp alanındaki ilerlemeler, bulaşıcı hastalıklara karşı alınan önlemler, yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ile çocuk ölümleri azalmış, çocuğun değeri artmıştır. Çocuğun sağlıklı beslenmesi, temiz bir çevrede yetişmesi, iyi bir eğitim alması olanakları artmış bu da çocuk sağlığını olumlu yönde etkilemiştir. Ne yazık ki tüm bu olumlu gelişmelere karşın dünya üzerinde çok sayıda çocuğun kötü muamele ve ihmal ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Kötü ekonomik şartlar ile küçük yaşta çalışan çocuklar, sokak çocukları, suça itilen çocuklar,madde kullanan çocuklar, afete maruz kalan çocukların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Özürlü çocukların büyük çoğunluna da gelişmelerini sürdürebilmek için gerekli olanaklar sağlanamamaktadır (118).

4.2. ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ

Savaşların yarattığı olumsuzlukların ortadan kaldırılması ve insanlığın barış ve huzurlu bir dünyada yaşamak isteği sonucu kurulan Milletler Cemiyeti, ilk olarak 26 Eylül 1924'de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesini kabul etmiştir. Ancak 1939 yılında yeni bir savaş çıkması Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin bir süre ertelenmesine neden olmuştur. 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi'nde çocukların özel durumları ve özel korunma gereksinimleri nedeni ile çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlamıştır. 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni oybirliği ile kabul etmiştir. Geçen 30 yıllık süre içinde üye ülkeler açısından bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metinin hazırlanması gerekli görülmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini oy birliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan sözleşme aynı gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır. 2 Eylül 1990'da 20 ülke tarafından onaylanarak uluslararası bir yasa gücüyle yürürlüğe girmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından

imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır (37, 83).

Sözleşmenin hükümleri 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yaşama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen 4 temel alanı kapsamakta ve toplam 54 maddeden oluşmaktadır. Çocukların refahı alanında, çocukların yaşatılması, korunması ve geliştirilmesi açılarından yeni yaklaşımlar ve standartlar getiren Çocuk Hakları Sözleşmesi çocukların yetiştirilmesinde toplumun, devletin ve ailenin sorumluluklarını, yeni ilke ve standartlarla açıklamaktadır. Bu ilke ve standartlarla "Nitelikli "İnsan"'ın yetiştirilmesi temel hedef olarak belirlemiştir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuğun sağlığı, gelişimi, eğitimi ve katılımı temel konular olarak ele alınmaktadır. Temel konular çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı önemli yer tutmaktadır (100).

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanmazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür (99).

Sözleşmenin 34'üncü maddesi de cinsel istismarla ilgili olup bu maddede fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel istismar ve sömürüden korumak konu edilmektedir. Sözleşmenin 39'uncu maddesi ; silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır. Taraf devletlerin silahlı çatışma, işkence, ihmal, kötü muamele ve sömürü mağduru çocukların sağlıklarına kavuşturulmaları ve toplumla bütünleşmelerini sağlamak amacıyla uygun önlemleri almakla yükümlü oldukları

belirtilmektedir. Şiddete maruz kalmış çocukların rehabilitasyonunu bu madde kapsamaktadır (99).

4.3. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TANIMI VE KAPSAMI

Çocuk istismarı ve ihmalinin evrensel bir tanımını bulmada önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tanıma ilişkin sorunlar, toplumsal ve kültürel değerlerden kaynaklandığı gibi, konunun disiplinler arası özelliği nedenine de bağlanmaktadır. Ayrıca kültürel farklılıklar açısından çocuk istismarını tanımlamak daha da güçleşmektedir. 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 ihmalini evrensel bir biçimde tanımlamak oldukça güçtür (114).

Türkçe'de "İstismar" karşılığı olarak Türk Dil Kurumu sözlüğünde; birinin niyetini kötüye kullanma, sömürme şeklinde tanımlanmaktadır. İhmal ise; gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, önem vermeme olarak tanımlanmaktadır (51).

İngilizce'de "Child Abuse and Neglect" karşılığı olarak Türkçe'de farklı sözcükler kullanılmakla birlikte "Çocuk İstismarı ve İhmali" daha sık kullanılan kelimelerdir. "Abuse" yerine ise örselenme, ezim, kötü muamele veya istismar kelimeleri kullanılmaktadır (71).

"Child Abuse" terimine Türkçe karşılılık bulma sorunu ile birlikte, çocuk istismarı kavramına evrensel bir tanım bulma da önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tanım karmaşası toplumsal ve kültürel değerlerden kaynaklandığı gibi konunun disiplinler arası özelliği nedenine de dayanmaktadır (71).

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır.(1860) Tardieu dövülerek öldürülen 32 çocukla ilgili bir

çalışma yayınlamıştır. Literatürdeki ilk tanımlama yapılmadan önce Hugo ve Dickens'ın romanlarında konuya değinildiği görülmektedir. 1883 yılında İngiltere'de "İngiltere Çocuklara Kabalığın Önlenmesi Derneği" kurulmuştur.1946 yılında John Caffey adındaki bir radyolojist tarafından subdural hematomla birlikte uzun kemiklerde kırıkları olan çocuklar tanımlanmıştır. John Caffey subdural hematomu olan 6 çocukla ilgili bildirim yapmıştır. Bu çocukların gelişim ve bakımlarında zayıflığa dikkat çekmekle birlikte, Caffey etyoloji hakkında yorumda bulunmamıştır. Daha sonraki çalışmalar 1953'te Silverman, 1955'te Neeley tarafından gerçekleşmiştir**.** Silverman 1953 yılında, istismara uğramış çocuktaki metafizyel kırıkları tariflemiştir (41, 70, 74, 106).

Konu ile ilgili olarak bilimsel çevrelerin dikkati özellikle Henry Kempe (1962) tarafından ortaya çıkarılan "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" (Battered Child Syndrome) tanısı ile çekilmiştir (74, 76).

Kempe (1972) (75), çocuk istismarı ve ihmalini "ana babaların veya çocuktan sorumlu olan kişilerin yerine getirdiği ya da yerine getirmediği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı yara almaları olarak tanımlamışlardır. Bu tanımda hem istismar hem ihmal vurgulanmaktadır ve istismarın kaza dışı oluştuğu ve çocuğun gelişimini engellediği belirtilmektedir.

Korbin (78) ise bir davranışın çocuk istismarı olarak değerlendirilmesi aşamasında kültürel farklılıkların önemli olduğunu vurgulamıştır. Bu konuda verdiği bir örnek Emelie Olson'un Türkiye'de yaptığı antropolojik saha çalışması sırasında Türk Annelerin çocuklarını çabuk hastalanır endişesi ile birkaç kat giydirirken, Olson'un sıcak havalarda 18 aylık kızını dışarıda su ile oynamasına izin vermesi, farklı kültürlerden iki annenin çocuğu için en iyi olduğunu düşündüğü, ancak biri diğerine çok yanlış görünen birbirine zıt iki davranıştır.Yaşanan kültüre özgü çocuk büyütme-bakım davranışları ve inançlarının bilinmesi ilk başta istismar gibi görünen bir hareketin, kültürel inançlar çerçevesinde çocuğun iyiliği için yapıldığını ortaya koyabilir. Bu nedenle bir davranışın istismar olup olmadığı değerlendirilirken kültürel kabul edilebilirlik sınırları içinde olup olmadığı göz önüne alınmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü; çocuk sağlığını, fiziksel ya da psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışları çocuk istismarı olarak kabul etmektedir (74, 88).

Polat (95, 98)'ın tanımına göre çocuk istismarı; 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu durum çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzman tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir.

Çocuk istismarında en önemi sorunlardan biri terbiye ve eğitim gibi nedenlerle hafif boyutlardaki şiddetin hoşgörülmesidir. Toplumda çocuklara yönelik şiddete ancak hastaneye yatmayı gerektiren travmalar, ölüm ve ölüm sınırına gelmiş olgularda duyarlı davranılmaktadır (123).

İstismar olgularının sonuçları ceza amacıyla çocuğun kalçasına atılan ufak bir tokat ya da çimdiğin neden olduğu bir ekimozdan psikotik bir anne-baba ya da bakımından sorumlu olan bir birey tarafından öldürülmesine kadar uzanabilir. Sonuç olarak aile içinde çocuğa karşı kötü tutum uygulanması (istismar olgusu) ya da bilinçli ya da 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 (94).

Çocuk İstismarı 4 temel grupta incelenmektedir. Bunlar;

1. Fiziksel İstismar
2. Cinsel İstismar
3. Duygusal İstismar
4. İhmal'dir (3, 20, 80, 94).

4.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel İstismarı en geniş tanımla "çocuğun kaza dışı yaralanması" şeklinde tanımlanabilir. En sık rastlanılan şekli çocuğun dövülmesidir. "Fiziksel hasara neden olan kırıkların, yanıkların, kesiklerin ortaya çıkmasına yol açan istismar" olarak tanımlanabilir. "Bir tokattan, çeşitli objelerin kullanımına uzanan cezalandırma yöntemlerini" kapsamaktadır. En yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir. 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 kendini gösterebilir (3, 80, 94).

Fiziksel istismar çocuğun normal fiziksel ve duygusal gelişimine zarar veren, aile veya çocuğun bakımını üstlenen kişi veya kişiler tarafından zarar verici davranışlar olarak tanımlanır. Çocuklar birlikte yaşadığı ebeveyn, kardeş veya başka bir aile bireyi tarafından aile içi olarak veya arkadaşı, öğretmeni veya tanımadığı biri tarafından aile dışı olarak istismara uğrayabilmektedir (55).

Başbakanlık Aile Kurumu'nun 1995 yılında yaptığı "Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları" isimli çalışmada 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ı anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Yine Aral'ın 1997'de yaptığı çalışmada çocukların %65.72'sinin anne ya da baba tarafından fiziksel olarak istismar edildikleri belirlenmiştir (1, 8).

Fiziksel İstismar olayları çeşitli başlıklar altında incelenmektedir. Bunlar içerisinde istismarı yapan kişilere göre aile içinde çocukların kaza dışı yaralanmalarına "Ebeveyn Tarafından İstismar" (Parental Abuse), buna karşılık okul, yuva, yetiştirme yurdu veya kamp gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar olaylarına ise "Kurumda İstismar" (Institutional Abuse) denilmektedir (94).

İzmir'de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı tanısı alan olgularla ilgili olarak "İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubu'nun" 18 aylık deneyimi incelendiğinde de

tanılanan 32 olguda istismarcının %72'sinde baba, %34'ünde anne olarak bulunmuştur (87).

Erol (54)'un yaptığı çalışmada da Anne ve babalar tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismar incelenmiştir. Sonuç olarak çocukların %50'si anne ya da babaları tarafından sadece tokata maruz kaldıklarını, diğer yarısı ise terlikle dayağa maruz kalanlar, kulağı çekilenler olarak sınıflandırılmıştır. Ebeveynleri tarafından fiziksel istismara maruz kalan bu çocukların %70'i ileride çocuklarına fiziksel istismar uygulayıcısı olacağını belirtmiştir.

Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED)'in bir çalışmasında, 6-12 yaş ilköğretim öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak dayağın kullanıldığı olguların görülme oranı %85'lere ulaşmaktadır. Öğretmenlerin "bir tokat atmayı" "veya "saç çekme"yi dayak olarak nitelendirmediği, ancak vücuda zarar veren davranışların bu kapsamında ele aldıkları belirlenmiştir (96).

Uysal (119)' ın çalışmasında öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik tutumlarında aileyi profesyonel yardım almaya yönlendirme durumları çok düşük oranlarda bulunmuştur. Öğretmenler daha çok özürlü çocuklara yönelik olan istismar olaylarında profesyonel yardıma başvurmuşlardır.

Fiziksel istismar uygulama şekillerine göre iki başlık altında incelenmektedir:

Aletsiz Saldırılar: Bir alet kullanılmadan çocukta lezyonların meydana geldiği istismar tipidir. Tokat, yumruk, itip-kakma, tekmeleme, sarsma, ısırma ve çimdikleme gibi olayları kapsamaktadır (3, 80, 94).

Aletli Saldırılar: İstismarın bir alet kullanılarak çocukta çeşitli lezyonların oluşturulduğu olguları kapsamaktadır. Kullanılan araçlar genellikle kemer, herhangi bir ev eşyası (tava, telefon vb.), hortum, sigara, ütü, sıcak su ve sıcak yiyeceklerdir (3, 80, 94).

Fiziksel İstismara bağlı yaralanmalar en fazla göğüste, sırtta, baldırlarda, genital bölgede, üst kolda, yüzde, üst dudak ve damak ile gözlerde görülmektedir (3, 80, 94).

Çocukta fiziksel istismar öykülerinde oldukça sık rastlanılan ortak özellikler vardır. Bu özellikler sayesinde tanı koymak ve sonuca ulaşmak sağlık ekibine kolaylık sağlamaktadır (3, 80, 94).

Fiziksel istismar tanısı koymada yönlendirici ortak özellikler:

- 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 (3, 80, 94).

Genellikle fiziksel istismar olaylarında sık rastlanılan hikaye düşme veya küçük kazalardır. Çocuğun yataktan düştüğü söylenir. Bu duruma kardeşinin sebep olduğu da sık olarak rastlanılan ifadelerdendir. Sağlık çalışanları için çocuğun gelişim süreçlerinin bilinmesi fiziksel istismar olgularının atlanmaması açısından çok önem taşımaktadır. Çocuğun motor gelişimini bilen bir sağlık ekibi çocuğun henüz kendi kendine dönmeyi öğrenemeden yataktan düşemeyeceğini veya henüz emeklemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağını bilir (3, 80, 94).

4.3.1.1. Shaken Baby Syndrome (Sarsılmış Bebek Sendromu)

Çocuk istismarının ağır bir formudur. İlk kez Guthkelch'in 1971 yılında başın kamçı hareketi ile kortikal köprü venlerindeki yırtılmalar nedeni ile subdural hematomlar oluşabildiğini bildirmesinden bir yıl sonra pediatrik radyolog Caffey tarafından "Whiplash Shaken Infant Sendrom" olarak tanımlanan bulgular bütünü için günümüzde "Sarsılmış Bebek Sendromu" (Shaken Baby Syndrome) terimi daha yaygın

olarak kullanılmaktadır. Bugün, başka travmatik bulguların varlığına bakılmaksızın, bebeğin sarsılması sonucu oluşan bütün bulgular bu tanıma dahil edilmektedir (30, 69, 94).

Genellikle 15 ayın, özellikle de 6 ayın altındaki çocuklar kızgın anne babaları tarafından şiddetlice sallandıklarında, beyin kafatasının içinde ileri geri hareket eder ve kontüzyon, köprü venlerinin yırtılması, subdural hematom ve beyin kanamaları gelişebilir. Komplike olmayan ağır travmalar hariç tutulursa (kafatası kırığı gibi) 1 yaşının altındaki çocuklarda ağır kafa içi zedelenmelerinin %95'i istismara bağlıdır. Dıştan bakıldığında çoğu kez zedelenme yoktur. Subdural hematom %38-100 olasılıkla tabloya eşlik eder ve %80 olasılıkla iki yanlıdır. Çocuk acil servise ani başlayan solunum sıkıntısı ile gelir ve aileden hiç öykü alınamaz. Bebek komada bulunur veya konvülsiyonlar, kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) bulguları mevcuttur. Sallanmış bebek sendromunda mortalite oranı %20-25 oranındadır. Başlangıçta koma tablosunda getirilen olgularda mortalite %60'a yükselir, yaşayan olgularda da ağır mental gerilik, spastik quadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu gelişebilir (30, 69, 94).

4.3.1.2. Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

Bir anne-babanın çocuğunda gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu ortaya çıkan her türlü durumu tanımlar. Çocuk doğrudan anne-babanın ürettiği hastalık sonucu veya tanı ve tedavi uygulamaları sonucu zarar görür. Çocukta fizyolojik olarak kolaylıkla açıklanamayacak bulguların varlığında ve bu bulgular sadece anne babanın yanında oluyorsa bu sendromdan şüphelenilmelidir. Bu sendroma bağlı olarak diyabet, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, nörolojik anomali, konvülsiyonlar ve ani bebek ölüm sendromu tanımlanmıştır. Bu sendrom uzmanların yanılmasına neden olan ciddi bir sorundur. Semptomlar yanıltıcı olduğundan bu vakaların %10'u yanlış teşhis sonucunda hayatlarını kaybetmektedirler (70, 80).

4.3.2. Duygusal İstismar

Çocuğun normal duygusal gelişiminde bütün insanca duyguları öğrenmesi, duygularını toplumsal yönden kabul edilebilir bir biçimde açığa vurması, engellemelerle baş edebilmesi, kendisi hakkında olumlu duygulara sahip olabilmesi, sevgisini ifade edebilmesi, duygusal mesajlarını uygun kelimelerle ve hareketlerle ifade edebilmesi gereklidir. Çocuklar duygusal istismara uğradıklarında bu yetenekleri kazanamazlar (72).

Duygusal İstismar ilk kez 1974 yılında ABD'de "Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı" isimli yasada "mental hasar" terimiyle dikkat çekmiştir. Daha sonra çocukta özsaygıyı ve kişiler arası ilişki becerisinin önlenmesi ya da cezalandırılması, psikolojik benliğinin yara alması, çocuğun doğal etkinlik sınırları içinde gelişiminin zedelenmesi gibi geniş ve belirsiz kavramlarla açıklanmaya çalışılmıştır (105).

UNICEF duygusal istismarı ve ihmali çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının devamlı kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insan üstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme veya terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne göre olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun, topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (71).

Fiziksel ve cinsel istismarla karşılaştırıldığında duygusal istismar toplumlarda daha yaygın, daha zararlı ve ortaya konması daha güç bir istismar türüdür. Duygusal istismar bütün istismar türlerine neden olan bir faktör olarak görülmektedir. Dolayısıyla duygusal istismarın önlenmesi diğer istismar türlerinin önlenmesinde de bir anahtar rolü oynar (72).

Duygusal istismar iki özelliği ile diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır. Bunlar: fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut bulguların bulunmayışı ve tek başına bulunabileceği gibi bir çok olguda fiziksel ve cinsel istismarla birlikte bulunmasıdır. Cinsel ya da fiziksel istismara uğramış bir çocuk ta aynı zamanda

duygusal istismarında oluşmuş olduğu görülmektedir. Ergenlik çağındaki çocuklarda ise genellikle duygusal istismar tek başına görülmektedir (72).

İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubu'nun 18 aylık deneyimi sonucunda Psikiyatri Polikliniğine başvuran çocuklar arasında yapılan araştırmada %36 oranında fiziksel ve duygusal istismar saptanmıştır. İstismar tipi %85'inde duygusal, %66'sında fiziksel, %38'inde cinsel olarak tanımlanmış, cinsel istismar olgularının tümüne duygusal istismarda eşlik etmiş, olguların %13'ünde ise üç tip istismar birden saptanmıştır (87).

Ebeveynlerin çocuklarının ilgi, yetenek ve zihinsel kapasitelerini değerlendirmeksizin çocuklarını ağır çalışma temposuna sokmaları, çevresindeki çocuklarla yarıştırmaları duygusal gelişimini zedelemekte, ruh sağlığını bozmaktadır. Duygusal İstismarın etkileri yaşam boyunca kendini gösterebilmektedir. Duygusal istismar çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çocuklarda zihinsel kapasite normal olmasına rağmen, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlar görülmektedir (71, 125).

Gökler (60)'in çalışmasında belirtildiği üzere; yaşamın erken dönemlerinde gelişim, çevresel etkilere oldukça açık durumdadır. Kritik bir gelişim döneminde, istismar ve ihmal gibi, genetik olmayan bir risk etmeni ile karşılaşma, nöro gelişimsel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Haktanur ve Baran (61)'ın araştırmalarına göre çocuğun benlik saygısı ile anne baba tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Demokratik anne-baba tutumu gencin yüksek özsaygıya sahip olmasına neden olurken, otoriter ve ilgisiz tutum düşük özsaygıya neden olmaktadır.

İşmen (66) liseli ergenlerin algıladıkları duygusal istismarın kendini kabul seviyelerine olan etkisini incelemek amacı ile 392 ergen üzerinde yaptığı çalışmada, ergenlerin algıladıkları duygusal istismar seviyesinin azalmasıyla kendini kabul seviyelerinde anlamlı bir artma olduğu bildirilmiştir. Kendini kabul değerini

belirlemede kendi cinsiyetini kabullenme dışında tüm alt boyutlarda anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.

Çocuklar eğitim ve öğrenim gördükleri okullarda da istismar ve ihmal olaylarıyla karşılaşabilirler. Yapılan bir araştırmada ilköğretim kurumlarındaki öğretmenlerin öğrenciye yönelik tutum ve davranışları çocuk istismarı ve ihmali açısından değerlendirilmiş ve sonuç olarak; önemli bir bölümünün öğretmenleri tarafından duygusal istismar ve ihmal ile karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir (21).

Duygusal istismarın tanılanmasındaki zorluklar karşısında, ana-baba ve hareket odaklı kategorik sınıflama geliştirilmiştir. Buna göre;

- **Reddetme:** 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.) (42, 107).

- **Aşağılama**: Ebeveynlerin çocuğa değer vermemeleri, kötülemeleri, 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.) (42, 107).

- **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.) (42, 107).

- **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,

çocukla konuşmayı reddetmesi, çocuğun davranışlarına geri bildirimde bulunmaması vb.) (42, 107).

- **Ahlaken Bozma:** Çocuğun sağlıksız sosyalleşmesine yol açma, antisosyal davranmayı öğretme, toplumsal olarak kabul edilemez ilgiler geliştirmesini cesaretlendirmek. (agresif ve uyumsuz davranışları öğretme ve cesaretlendirme, ilaç, alkol kullanımı için ortam hazırlama, hırsızlık, fuhuş gibi antisosyal davranışlar vb.) (42, 107).

- **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.) (42, 107).

- **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.) (42, 107).

Güven Vermeyen Tutarsız Bakım: Çocuktan birbirine zıt isteklerde bulunulması, ebeveyn desteği veya bakımının tutarsız ve güven vermeyen niteliklerde olarak belirtilmektedir (42, 107).

Duygusal istismara uğrayan çocukların davranışlarından bazıları: depresyon (çevresel koşullara bağlı), davranışlarda aşırıcılık (aşırı şikayetçi tutum, pasif, saldırgan, talepçi), davranış bozuklukları (tırnak emme, enürezis, yeme bozuklukları), nevroz (gereksiz korku ve intihar davranışlarını gösteren jestler), davranış ve öğrenme bozuklukları,(antisosyal davranışlar, hırsızlık), endişe ve duygusal, zihinsel gelişim gecikmeleridir (74, 80).

4.3.3. Cinsel İstismar

Psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, yetişkin veya daha büyük yaştaki bir çocuk tarafından cinsel uyarı veya tatmin için kullanılmasıdır. Bir yetişkinin cinsel haz duymak amacıyla çocuğun cinsel organlarını okşaması, tecavüz etmesi, teşhircilik yapması, çocuğun pornografi aracı olarak kullanılması olarak da tanımlanabilir (2, 16, 29).

Medikososyal, legal ve ahlaki yönleri olan bir sorundur. Cinsel istismar ile cinsel oyunlar birbirinden ayrılmalıdır. Aynı gelişimsel düzeydeki çocukların birbirlerinin genital organlarına bakması veya ellemesi, ilişki olmadıkça normal olarak kabul edilir. Bununla birlikte, 6 yaşında bir çocuk 3 yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunuyorsa bu normal dışı bir davranış şeklidir (52, 68).

Çocuğun cinsel istismara uğrayıp uğramadığına karar verilmesi güç ve sonuçları çok ciddi bir durumdur. Çocukta sıklıkla genital bölge, ağız, kol, ense, bacaklarda ekimoz ve sıyrıklar, ısırık izleri ile birlikte rektal dokuda yırtık, vajinal açıklıkta dilatasyon, vajinal ve rektal kanama görülebilir. Ayrıca bu çocuklarda oturmada güçlük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları da görülebilir (3, 80).

ABD'de Çocuk Tacizini Önleme Komitesi'nin verilerine göre 1994'te taciz olduğu öne sürülen 3 milyondan fazla kurban çocuk koruma merkezlerine başvurmuştur. Bu vakaların 1 milyonunun doğru olduğu kanıtlanmıştır. Bildirilen çocuklardan %11'i cinsel taciz olarak saptanmıştır (112).

En çok zarara uğrayan çocuklar; 6-11 yaş grubundaki çocuklardır. İkinci olarak 0-5 yaş grubu, üçüncü olarak ta 12-15 yaş grubu gelmektedir. Çok küçük çocuklar en sık oral ve anal tacize uğrarlar. Vajinal ilişki daha çok 6-8 yaşlarında olur. Cinsel taciz ölümle sonuçlanabilir. Kızlar erkeklerden 5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalır ve tacizcilerin çoğu erkektir (112).

Çocuk cinsellikten kaçmaya çalıştığında, tacizci genelde çocuğa ya şiddet uygulama ya da artık onu sevmeyeceği yaklaşımıyla tehdit eder. Tacizci diğer aile üyelerinden birisi ise Çocuk diğer aile fertlerinin kızacağını, onunla utanç duyacağını düşünür ve hatta bu olayın duyulması durumunda ailenin parçalanacağını bile düşünür. Bu tarz düşünceler ve duygular da çocuğun cinsel tacize katlanmasına sebep olur.

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda genelde bazı ortak karakteristikler oluşur; özsaygıları düşük, hiç bir işe yaramama duygusu, seks konusunda tuhaf düşüncelerin oluşması, içe kapanık ve yetişkin insanlara fazla güvenmemek gibi. Hatta bazı çocuklarda intihara teşebbüs bile olabilir. Cinsel istismara uğrayan bazı çocukların yeni ilişkilerini cinsellik üzerine kurdukları görülmüştür. Bu tarz çocuklar, yetişkin olduklarında da ya çocuklara cinsel taciz uygular ya da para kazanmak için cinselliklerini kullanmaktadırlar (103).

Cinsel istismar çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanıdır. Çoğunlukla gizli kalan ve gün yüzüne çıkmayan cinsel istismar özellikle kısa ve uzun dönemli etkileri açısından önemli bir olgudur. Teşhircilikten ve röntgencilikten, ırza geçmeye kadar geniş bir yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır. Şiddet içermesi gerekmez (94).

4.3.3.1. Cinsel İstismar Türleri

Dokunma İçermeyen İstismar: İstismarcının çocuğun cinsel özelliklerine yönelik olarak seksi konuşması, cinsel organları gösterme (teşhircilik), açıkça veya gizlice çocuğu çıplakken gözlemek gibi röntgencilik eylemleridir (3, 94).

Cinsel İlişki İçermeyen Dokunma: İstismarcının ve çocuğun giyinik veya çıplak olması halinde cinsel organlara dokunma, okşama ve/veya mastürbasyonu kapsar (3, 94).

Oral-Genital Seks: İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla cinsel ilişki yapmasıdır (3, 94).

İnterfemoral İlişki: İstismarcının penisini çocuğun bacaklarının arasına yerleştirdiği ilişki türüdür (3, 94).

Cinsel Penetrasyon: Vajen ve/veya anüse parmakla, bir yabancı cisimle veya penisle penetrasyon söz konusudur (3, 94).

Cinsel Sömürü: Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla çocuk istismarıdır (3, 94).

Son yıllarda çocukların ticari amaçlı cinsel sömürü olarak isimlendirilen çocukların zevk objesi olarak porno filmlerde ve diğer malzemelerde kullanılmaları inanılmaz bir hızla yaygınlaşmaktadır. 2000'li yıllarda çocuklarla ilgili bu problemler çok daha ön plana çıkmıştır. Dünya çapında çocukların istismar edildiği porno sitelerinin sayısının bir yılda (2002-2003) ikiye katlanmış olduğu görülmektedir. Bu sitelerin % 50 sinden çoğu A.B.D.'de bulunmaktadır. Rusya en hızlı artışı gösteren ülke konumundadır. 2002'den bu yana %64 oranındaki site sayısı artışı da dikkati çekmektedir. 2003 yılı içerisinde A.B.D.'de 1000 kişi çocuk pornosu yüzünden tutuklanmıştır. 7000 kişi de arananlar listesine geçmiştir (97).

Her geçen gün daha da fazla cinsel istismara uğradığı bilinen çocuklar, bununla kalmayıp teknolojinin bir gereği olarak kullandığımız internette de pornografik birer malzeme olarak kullanılmaktadırlar. 2001 yılında 425 bin çocuk pornografisi sitesi olduğu saptanmıştır. Fakat şu an internete girdiğimizde 0.06 sn. de 968 bin çocuk pornografisi sitesi ile karşılaşmaktayız. İnternette resmi internet sağlayıcılarına kayıtlı çocuk pornografisi sitesi sayısı 900 bindir. Bunlardan 7500 tanesi kapatılmıştır. Bunların dışında 2000 amatör site bulunmaktadır. Bu sitelerde 2 milyon çocuğun fotoğraf ve filmi bulunmaktadır. Yani dünya üzerinde 2 milyon çocuk ticari meta olarak ve pedofililerin cinsel dürtüleri için pazarlanmaktadır. Her dört çocuktan biri en az bir defa çocuklar için sakıncalı içeriği olan seks sitelerine girmektedir. Bunların beşte biri erişkinlerin cinsel tekliflerine maruz kalmaktadır. 7650 adet sansürlenmis pedofili sitesi vardır (97).

Çocuk fahişeliği, Batı Avrupa'da nispeten küçük bir problem olarak kabul edilmektedir. Finlandiya hükümeti daha çok, seksle ilgili endüstrilerin (örn; telefonda seks hatları) ortaya çıkmasından endişe duymaktadır. Almanya, Belçika, İrlanda, Norveç ve İsveç çocuk fahişeliğine ilişkin sınırlı sayıda olay bildirmiştir. İsviçre'de yapılan "İsviçre'de Gençleri ve Çocukların Ticari Amaçlı Cinsel Sömürüsü" başlıklı bir çalışma sadece 60 vakanın mevcudiyetini ortaya koymuştur. İtalya ve Hollanda'da çocuk fahişeliği ciddi bir problemdir. İtalya'da, 2000-2500 çocuk kurban durumundadır. Hollanda'da, Hollanda Toplumsal Cinsel Araştırma Enstitüsü çocuk fahişelerin % 65.1'inin Hollanda orijinli veya sürekli oturma iznine sahip kişiler olduğu bulgusunu elde etmiştir. Çocuk kurbanlara ilişkin kesin rakam tahminleri 500-2000 arasında değişmektedir. Ayrıca da, Hollanda'da fahişeliğe sevk edilmiş 1000 erkek çocuk bulunduğu yolunda tahminler vardır. Batı Avrupa'daki hükümetler ve hükümet dışı örgütler seks turizmini önemli bir problem olarak görmektedirler ; çünkü bu ülke vatandaşları genellikle bu konunun alıcısı konumundadırlar. Almanya, Avusturya, İsviçre ve İngiltere'nin de çocuk seks turizmini gerçekleştiren başlıca ülkeler oldukları söylenmektedir; ancak batı Avrupa ülkeleri vatandaşlarını içerisinde bu turizmi yapanların sayısı oldukça yüksektir. Bu amaçla gidilen başlıca bölgeler Güneydoğu Asya, Güney Asya, Latin Amerika ve artan miktarda olmak üzere de Doğu Avrupa'dır. Bilgiler ayrıca, Belçika'dan Yunanistan'a çocuk seks turlarının organize edildiğini göstermektedir. Hollandalı erkeklerin Baltık ülkeleri ve Doğu Avrupa'ya bu amaçlı seyahat yaptığı ve artan sayıda Finli erkeğin de Rusya'ya bu amaçla gittiği konusunda da bildirimler vardır. Bu erkekler bazen, çocuklarla seks karşılığında para yerine, yiyecek, giysi veya narkotik ilaçlar vermektedirler. Söz konusu ticarete alet olan çocuklar dünyanın pek çok bölümünden getirilmektedir. Yüksek ücret ve yüksek yaşam standartları vaatlerinin büyüsüne kapılan bu çocuklar kendilerini, ülkeye getirildikleri kişiler tarafından, çoğunlukla organize suçun bir bölümü olarak, bir fahişelik hayatına zorlanmış olarak bulurlar (97).

Arnavutluk, Güneydoğu Asya, Latin Amerika ve Nijerya'dan getirilen kızlar en önemli grubu oluşturmaktadırlar. İtalya ve Hollanda bu grubun özellikle göze çarptığı iki ülkedir. Otoritelere göre, ülkeye sokmak için en yaygın kullanılan yöntem küçüklerin himayesi işlemlerinde sahtekarlığa başvurulmasıdır. Bu şekilde

gerçekleştirilen işlemler sonrası ülkeye kabul neredeyse kesindir. Himaye merkezine bir kez getirildiler mi birkaç gün yerleştirilme işleminden sonra ortadan kaybolup sonradan ya ülkede ya da Avrupa'da herhangi bir yerde fahişe olup çıkmaktadırlar. Bu, Çin ve Güneydoğu Asyalı çocuklar için yaygın olarak meydana gelen bir durumdur (97).

Çocuk istismarının sayısal verileri ile global, ülke genelinde bir datanın olmaması en büyük sorunlarından birisidir. 1990 lı yıllarda hiçbir rakamsal veri olmaması ÇİKORED çalışmalarının ilk dönemde ağırlıklı olarak alan çalışmalarına yoğunlaşmasına neden olmuştur. ÇİKORED'in bir alan çalışmasında, kız çocukların %58, erkek çocukların ise %42 oranında cinsel istismara maruz kaldığı görülmektedir (97).

Şişli Etfal Hastanesi Acil bölümüne 1987-1999 yılları arasında gelen olgular içinde tespit edilen toplam 149 istismar olgusu bulunmuştur. Bu olgulardan 108'i cinsel, 39'u fiziksel taciz iddiasıyla getirilmiştir. Hastaların yaşı 2-14 arasında değişmekte (ortalama 8.8). olup, bunlardan 76 tanesinde pozitif muayene bulguları saptanmıştır. 2 hasta darp, 1 tanesi tecavüz nedeniyle yatırılarak izlenmiştir (97).

Sokakta yaşayan çocuklarda cinsel istismar için büyük bir risk altındadır. Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği ile Caritas (Alman Katolik Yardım Örgütü) Türkiye şubesi işbirliğiyle düzenlenen araştırma için İstanbul'daki koruma merkezlerinde kalan 21 yaş altı ergenlerle, merkezlere gelişlerini takip eden 24 saatten sonra yüz yüze görüşülmüş ve bu merkezdeki çocukların %30.4'ü cinsel istismara, %10.8'i de tecavüze uğradığını belirtmiştir. Bu çocuklardan madde kullananların %38.3'ünün cinsel istismara uğrama öyküsü saptanmıştır www.turkhukuksitesi.com, Erişim Tarihi:27-12-2004.

Silahlı çatışmalar sebebiyle de çocuklar her tür istismara maruz kalmaktadırlar. Özellikle de kız çocuklar cinsel şiddete, istismara, sömürüyle karşı karşıya kalmaktadır. Kongo'da BM (Birleşmiş Milletler) adına bulunan askerlerin sivil personele cinsel taciz, tecavüzde bulundukları ve bu kişiler arasında pedofili olanların sayısının

azımsanmayacak kadar çok olduğu belirlenmiştir. www.savaskarsitlari.org, http://www.unicef.org/turkey. Erişim Tarihi:20-11-2004.

4.3.3.2. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)

Kelimenin Latince aslı incestus olup, sıfat olarak pis, kirlenmiş, temiz olmayan anlamına gelmektedir. Ayrıca tanrılar karşısında da ahlaksız, uygunsuz, iffetsiz, suçlu karşılığında da kullanılmaktadır. İsim olarak ta kirlilik, iffetsizlik, uygunsuzluk demektir. Türkçe'de karşılığı olmayan bu kelime Arapça'da fücurla karşılanmaktadır. Osmanlı-Türkçe sözlüğünde fücur; günah, zina olarak karşılık bulmaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise; günahın her çeşidi olarak ifade edilmektedir (51, 74).

Bugün bu terim toplumumuzda "evlenmeleri, ahlakça ve hukukça, dince yasaklanmış (nikah düşmeyen), yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları" anlamında kullanılmaktadır (100).

Ensest binlerce yıldan bu yana bazı istisnalar hariç bir tabu olarak görülmüştür. Tarihsel açıdan bakıldığında Peru, Mısır ve Japonya'da kraliyet ailesinin saflığını korumak için bu yolun meşru olarak kullanıldığı görülmektedir. Sofokles'in Kral Oidipus Tragedyasında Oidipus'un istemeden babasını öldürdüğü sonrada öz annesi ile evlendiği ve Oidipus'un bu gerçeği öğrendikten sonra gözlerini kör ederek kendisini cezalandırdığı anlatılır (100).

Klasik ensest ilişkisi sadece kan bağına dayanmaktadır. Yakın ilişkilerin kurulmuş olduğu ebeveyn bağının ve güvenin oluşmuş olduğu veya ebeveynlerle olan ensest ilişki uzun yıllar boyunca görmezlikten gelinmiştir. Bu nedenle 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 ağırlık kazanmaktadır (27).

Ensest konusunda çeşitli tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlamalarda iki temel faktör ön plana çıkmaktadır. Bazı araştırmacılar sadece çekirdek aile içindeki aile

bireylerini bu kapsama alırken, bazı araştırmacılar da bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik bağa bakmaksızın bu kapsama almaktadır. İkinci faktör ise hangi tür davranışların bu bu grupta değerlendirilmesi gerektiğidir. Son yıllarda geniş anlamı ile cinsel içerikli davranışların ensest kapsamına alınması gerektiği görüşü ağır basmaktadır (27).

Ensest vakalarının çoğu annelerin çocuklarındaki davranış sorunları sonucu çocuklarını bir uzmana götürmeleri sırasında araştırmalarla ortaya çıkmaktadır. Olayın kurbanlarının suçluluk, utanma ve dışlanma korkuları olayın bildirilmesini engellemektedir. Bu durum genellikle başka araştırmalar yapılırken rastlantı sonucu ortaya çıkmaktadır (27, 100).

Avcı'nın adölesanlar da cinsel istismara yaklaşım isimli makalesindeki olgu sunumunda da 13 yaşındaki bir kız çocuğu, ailesi tarafından dikkat dağınıklığı yakınması ile psikiyatri polikliniğine getirilmiş ve olayın incelenmesi sonucunda dedesi tarafından ensest ilişkiye maruz kaldığı ortaya çıkmıştır http://www.lokman.cu.edu.tr, Erişim tarihi:22/12/ 2003.

Günümüzde ise en çok tartışılan olayın sosyo ekonomik boyutunun olup olmadığı, sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde daha sık yaşanıp yaşanmadığı yönündedir. Ensestin sosyo-ekonomik düzeye bağlı olarak değişip değişmediği konusunda veri bulunamamıştır. Ancak yapılan araştırmalar, aile içi cinsel istismarda kişilik özelliklerinin önem kazandığını göstermektedir. Bunun yanı sıra ensest vakalarının çoğunluğunu baba ensesti oluşturmaktadır. Anne ensesti oldukça nadir görülmektedir (70).

İstanbul mahkemelerine yansıyan olgular üzerinde yapılan bir çalışmada suçu işleyen kişilerin %22'sinin öz baba oldukları, yani her 5 ensest suçu işleyen kişiden birinin, kızın öz babası olduğu görülmektedir (97).

Ensest Konusunda Düşünülen Risk Faktörleri (Ensestin Olabileceğini Düşündüren Belirtiler)

- Alkolik baba,
- Alışılmışın dışında şüpheci ya da bağnaz baba,
- Otoriter baba,
- Annenin olmayışı ya da ailede koruyucu güç olmayı beceremeyen anne,
- Annenin ev işlerini yapan ve anne rolünü oynayan kız çocuğu,
- Anne babanın bitmiş ya da sorunlu cinsel yaşantılarının olması,
- Babanın kendi kontrolünü sınırlayan faktörler; madde bağımlılığı, psikopatoloji, sınırlı zeka,
- Küçük kız çocuğunda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Çocuğun insanlara yakın ilişki kurmasına izin verilmemesi,
- Anne babanın yabancılara karşı düşmanca, paronoid tutum içine girmesi,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişki varlığı,
- Babanın puberte döneminde kızına karşı aşırı kıskançlık göstermesidir (70).

4.3.3.3. Ensestin Çocuk Üzerindeki Etkileri

Ensestin çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun saldırganla olan ilişkisine, seksüel aktivitelerin şekline, çocuğun işbirliğine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir. Ailenin olaya tepkisi de konu üzerinde etkileyici rol oynar (80).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda; parmak emme, tırnak yeme, enürezis, enkomprezis gibi davranışlara sık rastlanılmaktadır. Bunun yanı sıra fobiler ve uyku bozuklukları, kız çocuklarda erkek çocukların yanında güvensizlik ve anksiyete belirtileri, bulantı, kusma, karın ağrıları, baş ağrıları gibi sorunlar ortaya çıkabilir (100).

Okul başarısında değişiklik, okula gitmeyi istememe, normalin dışında yaramazlık yapma, yaptığı resimlerde, oynadığı oyunlarda cinsel istismarı anlatma şeklinde de cinsel istismar çocuğun davranışlarına yansıyabilir (80).

Adolesanlar; okulda akademik ve davranış sorunları, suça eğilim, konversif tablolar, panik ataklar yaşayabilirler. Panik ataklar homoseksüel saldırı yaşayan erkek çocuklarda izlenir. Kirli ve değersiz olma hissi yaşanabilir. Adolesan kızlar mazoistik çok eşli cinsel yaşam tercih edebilirler. Yapılan bazı araştırmalarda da cinsel istismara uğramış kadınların uyuşturucu bağımlılığının daha yüksek oranda ortaya çıktığı, sıklıkla frigide, çok eşlilik ve depresyonun görüldüğünü ortaya koymuştur (100).

4.3.4. İhmal

Çocuk istismarının sıklıkla görülen bir başka tipi de ihmaldir. Çocuk ihmali kavramı son yıllarda ayrı bir kategori olarak ele alınmaya başlanmıştır (100, 114).

Çocuğun sağlığı, fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli ihtiyaçların karşılanmaması "Çocuk İhmali" olarak tanımlanmaktadır (100, 114).

Bir başka tanımda ise; çocuğun bakımı, sağlığının korunması ve desteklenmesinden sorumlu kişilerin onun temel gereksinimlerini karşılayamaması sonucu çocuğun her türlü gelişiminin ve güvenliğinin zarar görmesidir (100, 114).

Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde de tanımlanabilir. Bir bütün olarak toplum, kurumlar ve bireyler tarafından geliştirilen ihmal davranışı, çocukların eşit hak ve özgürlüklerinden yoksun bırakılması sonucunda onların en üst düzeyde gelişimlerini engelleyici davranışlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çocukla sürekli alay etme, aşağılama, çocuktan kapasitesinin ötesinde aşırı beklenti içinde olma, aşırı koruma, bağımlı kılma, aşırı otorite, çocuğun davranışlarıyla uyumsuz ağır cezalandırma ve iz bırakmasa da yüze şiddet uygulama, beslenme, giyim, tıbbi gereksinimler, duygusal ihtiyaçlar veya optimal yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi eylemler "Çocuk İhmali" kapsamında değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra, çocuğu terk etme, çocuğun iletişim çabasına tepkisiz kalma da eylemsizlik biçiminde "Duygusal Çocuk İhmal ve İstismarı"

olarak da tanımlanmakta ve bu tür ihmal davranışları çocuklar üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (100, 114).

İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır. Çocuk ihmal ve istismarı, çocuğun normal fiziksel ve zihinsel gelişimini kısıtlayıcı olan fiziksel, duygusal ve cinsel ihmal ve istismarı içermektedir. Ancak bunları birbirinden ayırmak oldukça zordur (3, 80, 94, 100, 114).

Yakın kişilerin çocuğun gelişimine sürekli zarar veren hareketleri sonucu çocuğa sosyal olarak mevcut kaynakların sağlanmaması, bunlardan yoksun bırakılması "Fiziksel İhmal" olarak tanımlanabilir. Bu ihmal türüyle karşılaşan çocuklar her zaman şiddete maruz kalmayabilirler. Ancak karakteristik olarak iyi beslenmemiş, çıplak bırakılmış, sağlığı ve gelişimi çok ihmal edilmiş, sürekli kaza, tehlike ve hastalıklar açısından risk altındadır. Büyüme gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla fiziksel ihmal söz konusudur. Fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme olasılığı daha fazladır, çünkü fiziksel ve cinsel istismara göre tanısı çok daha soyuttur. Fiziksel istismara göre daha az dramatik olmakla birlikte çocukta yarattığı hasar benzerdir (1, 16, 37, 74, 116).

Çocukların cinsel sömürüye karşı korunmaması ve ilgisiz kalınmaması, cinsel gelişimine gereken önemin verilememesi "Cinsel İhmal" olarak ifade edilmektedir (1, 16, 37).

Çocuğun sevilmemesi, ihtiyacı olan duygusal ilgi ve yakınlığın ona gösterilmemesi "Duygusal İhmal" olarak kabul edilmektedir. Duygusal ihmal çocukta güven gelişimini engeller, kendi kendine yeterli olma halini engellemektedir (1, 16, 37).

Çocuk ihmali olarak görülen davranışların çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri son yıllarda yapılan araştırmalarla ortaya çıkmaya başlamıştır. Örneğin; Çocuk Suçluluğu üzerine yapılan araştırmalar sonucunda da ailesi tarafından ihmal edilen çocukların suça yönelme olasılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre;

çocuklarına karşı ilgisiz, sevgi ve şefkatten yoksun olan ya da onları açık bir şekilde reddeden 42 annenin %33.3'ünün, 68 babanın %30.9'unun çocukları suça itilirken, bu biçimde davranmayan 339 annenin %17.4'ünün, 286 babanın %16.1'inin çocuklarının suça itildiği ortaya çıkmıştır (112).

4.3.4.1. İhmal Sonucu Çocukta Ortaya Çıkan Durumlar:

Gelişme Geriliği: Gelişme geriliğine yol açan beslenme yetersizliği ihmal kapsamında yer alır. Beslenme yetersizliği ciddi boyutlarda olan çocuklarda boy ve baş çevresi ölçümlerindeki düşüş, ilk ağırlık azalmasının ortaya çıkışından sonra görülür. Çocukta büyüme sorunlarına yol açan tıbbi bir durum yoksa ve ev ortamında tartı alamıyorsa derhal sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmalıdır (2, 16, 37, 80).

Psiko-Sosyal Bodurluk: Gelişme geriliğinin bir başka boyutudur. 3 ile 12 yaşları arasında sıklıkla görülür. Psiko-sosyal bodurluk ebeveyn ile çocuk arasındaki önemli boyutlardaki ilişki bozukluğunun bir sonucudur (2, 16, 37, 80).

İlgi Yetersizliği: Çocuğu iyiliği açısından yeterli ilgi görmemesi sağlık çalışanlarında endişe uyandırmalıdır. Örneğin; yetersiz tıbbi tedavi (sağlık sorunu ortaya çıktığında hastaneye getirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması) ve yetersiz diş bakımı, mahrumiyete bağlı gelişme geriliği, ortam güvenliğinin sağlanamaması yada çevreye ve iklim şartlarına uygun giydirilmemesi (2, 16, 37, 80).

Saç Derisinde Kel Alanlar: Bebeğin aynı yerde uzun süre yatması sonucu başını yüzeye sürtmesi saçsız bölgelerin oluşmasına sebep olmaktadır (2, 16, 37, 80).

Davranışlar: İhmal edilen çocuk yiyecek çalabilir, yiyecek için yalvarabilir, herkesten sevgi arayabilir, rol değişimleri sergileyebilir (2, 16, 37, 80).

Ayrıca çocuk ihmali sonucunda açlık, hipotermi, ya da donma nekrozlarının görüldüğü tıbbi araştırmalar sonucunda belirlenmiştir (2, 16, 37, 80).

4.4. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE ROL OYNAYAN ETMENLER

Çocuk istismarı, kişisel, ailesel ve sosyal risk faktörlerinin karmaşık ilişkilerinden sonuçlanmaktadır. Bunlar; tek ebeveynlilik, ebeveynlerin alkol kullanımı, genç yaşta anne olma, düşük sosyo – ekonomik statü, ailede psikiyatrik hastalık, çocukta kronik hastalık, çocukken istismara uğrama öyküsü gibi faktörlerdir. Bu risk faktörlerine ek olarak çocukları koruyan kollayan yasaların yetersiz olması, toplumdaki sosyal eşitsizlikler, savaşlar, silahlanma ve medyadaki şiddet mevcut riski daha da artırmaktadır (36).

Çocuk istismarına yönelik önemli faktörler 4 grup altında toplanmıştır. Bunlar; birey, aile, toplum ve daha geniş toplumsal ve kültürel değerlerdir (47).

EBEVEYN

Genç

Tek ebeveynlik

İstenmeyen hamilelik

Düşük ebeveynlik becerisi

Şiddete maruz kalma

Madde bağımlılığı

Uygun olmayan ebeveynlik bakımı

Fiziki ve mental hastalık

İletişim problemleri

AİLE

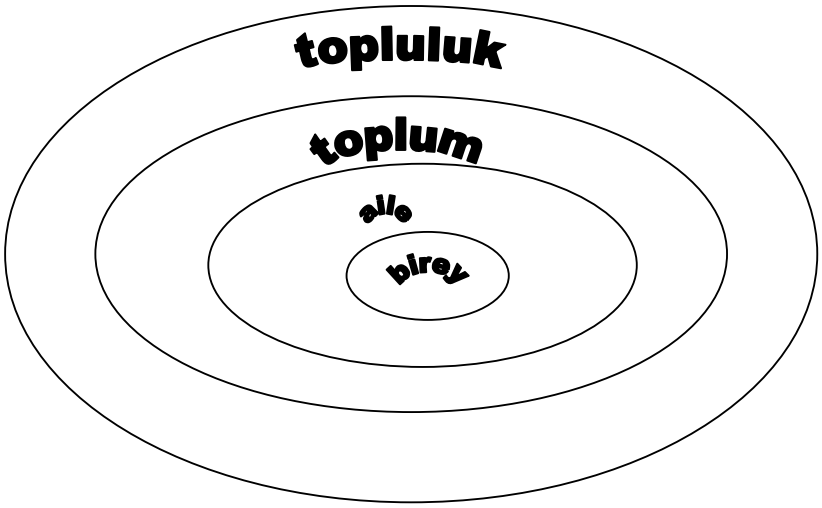
Geniş aile

Düşük sosyo ekonomik statü

Sosyal izolasyon

Yüksek stres düzeyi

Ailede istismar öyküsü



ÇOCUK

Cins

Prematüre

Yetersizlik/Sakatlık

Kronik Hastalık,

TOPLUM/TOPLULUK

Çocuğu koruyan kanunların olmaması

Çocuğun değerinin düşük olması

Organize şiddet (yüksek suç oranı)

Medya şiddet, Şiddetin sosyal kabul görmesi,

Şekil 1: Çok aşamalı risk faktörleri (Djeddah C., Facchin P., Ranzato C., Romer C.: Child Abuse: Current Problems and Key Public Health Challenges Social Science&Medicine, 51:905-915, 2000.

4.4.1. Aileden Kaynaklanan Nedenler

Son çeyrek yüzyıl içindeki çocuk psikolojisine ilişkin araştırmalar, çocuğun yaşamının başlangıcındaki ana baba tutumlarının ve çocuğa verilen eğitimin onun ruh sağlığı açısından taşıdığı önemi ortaya koymaktadır (122).

Çocukların istismarı ve ihmali üzerinde yapılan sosyolojik ve psikolojik çalışmalar çocuğa kötü muamelede ailelerin önemli rol oynadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Çocuğun davranışlarının ailenin çocuğa karşı olan tutumunu etkileyeceği gibi, ailenin çocuğa karşı tutumlarında da çocuğun davranışsal özelliğinde rol oynayıcı etken olacaktır (14, 101).

Ailesel özelliklerden birtanesi ebeveyn yaşının genç olması ve hamileliğe hazır olmamasıdır. Anne ve babanın küçük yaşta evlenmiş olması ve erken yaşta çocuk sahibi olmaları o çocuğun istismar ve ihmale uğramadaki riskini artırır. Çocuklarını istismar eden anneler genç yaşta, sık aralıklarla doğum yapmış, yeteri kadar doğum öncesi bakım almamış, büyük olasılıkla ölü doğum yapmış veya çocuklarını düşürmüş annelerdir (72, 107).

Yapılan çalışmalarda da genç ve olgunlaşmamış ebeveynlerin çocuklarını istismar etme açısından riskli oldukları, genellikle çocuğa gerekli duygusal ve fiziksel desteği sağlayamadıkları ve çocuğun kapasitesine uygun olmayan beklentilerinin olduğu bilinmektedir (34, 66).

Steir ve ark. (109), üç yıllık periyotta 219 adet 18 yaş ve daha küçük yaşta doğum yapan annelerin çocukları ile 219 adet 19 ve üzeri yaşlarda doğum yapan annelerin çocuklarını ihmal ve istismar açısından karşılaştırmışlardır. Sonuçta küçük yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocuklarında ihmal ve istismar oranı diğer gruba göre 2 kat daha fazla bulunmuştur.

Anne ve babanın eğitim seviyesinin düşük olması çocuk istismarı ve ihmalini artıran sebeplerdendir. Bilir ve arkadaşlarının (29), yaptıkları bir çalışmada, anne ve babaların eğitim seviyeleri yükseldikçe çocukların istismar edilme olasılığının azaldığı ortaya konmuştur. Hiç eğitimi olmayan anneler çocuklarını %36, 7 oranında istismar etmekte iken, yüksek öğrenim görmüş olan anneler ise %11.6 oranında istismar etmektedirler. Babalarda ise hiç eğitimi olmayan babalar çocuklarını %40.7 oranında istismar etmekte iken, yüksek öğrenim görmüş olanlar ise %16.9 oranında istismar ettikleri görülmüştür.

Bahçecik (20)'in yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeyleri ile çocuk yetiştirme tutumları karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyinden gelen annelerin katı disiplin aşırı koruyucu, baskılayıcı tutum ve aile içi geçimsizliğin daha fazla olduğu belirtilmiştir

Anne ve babaların çocuklarına uyguladıkları disiplin yöntemleri sosyo-ekonomik düzeylere göre farklılaşmaktadır. Alt sosyo ekonomik düzeydeki aileler daha sert ceza, fiziksel ceza, alay etme ,küçümseme, azarlama, bağırma, haklarından yoksun bırakma gibi cezaları kullanırken, orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki aileler ise, daha çok hayal kırıklığı gösterme, suçlama gibi psikolojik disiplin tekniklerini kullanmaktadır (7).

Yanıkkerem (120)'in "İlköğretim öğrencilerinin ailelerinin ve kendilerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi" isimli çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının çalışma durumu ile öğrencilerin fiziksel şiddete maruz kalması arasındaki ilişki incelendiğinde; işsiz çalışmayan babaların çocuklarına fiziksel şiddet uygulama oranının yüksek olduğu bulunmuştur.

Çocuk istismarı tüm sosyo-ekonomik düzeylerde olabilir. Çünkü stres her sosyo ekonomik düzeyde vardır. Özellikle insanlar arasında güçlü destek olmadığında stres genelde daha fazla etkiler. Yalnızlık çeken, duygusal yönden kendilerine destek olacak kimseleri olmayan, çevreleri ile ilişkileri kısıtlı, sosyal bakımdan izole yaşayan ailelerin istismar açısından riskli olduğu kabul edilmektedir (82, 93).

Çocukluklarında anne babaları tarafından istismar ve ihmale maruz bırakılan veya anne babaların birbirlerine yönelik şiddet davranışlarını sıklıkla gözlemiş olan yetişkinler, kendi ailelerinde de çocuklarına karşı şiddete başvurmaktadırlar (10).

Ailedeki çocuk sayısına göre de çocuk istismar ve ihmali farklılık göstermektedir. Genellikle aile çocuk sayısının artması ile şiddet arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Ancak bu ilişkinin yine alt sosyo ekonomik düzeydeki ailelerde daha belirgin olduğu söylenebilir (10).

Çocuk gelişimine ve yetiştirmeye ilişkin bilgileri yetersiz olan ve etkili ana baba olma konusunda yeterli beceriye sahip olmayan ana babalarda çocuklarını fiziksel olarak istismar etmektedirler. Aile tiplerine göre çocuklardaki istismar durumu incelendiğinde, geniş ve çekirdek aile tipleri arasında önemli farklılıklar olduğu, geniş ailelerde çocuğun daha çok istismar edildiği sonucuna varılmıştır (35, 125).

Eşler arası şiddetli geçimsizlik ve evlilikle ilgili ciddi sorunlar da çocuk istismarı ve ihmaline neden olur. Başbakanlık Aile ve Araştırma Kurumunun yaptığı bir araştırmada, yaşanılan gerginlikler sonucunda eşlerinden dayak yediğini belirten kadınların oranı %29.59 olarak bulunmuştur (2).

Özellikle bu sorunlara ek olarak eşleri tarafından dövülen kadınların çocuklarını yetiştirirken şiddete daha fazla başvurdukları bulunmuştur. Aile içi şiddete maruz kalan kadınların çocuklarının iyi beslenmeme, okulu terk etme ve şiddete eğilimli olmaları olasılığı yüksektir (72).

Bazı ebeveynlerin çocuklarından gerçek dışı beklentileri vardır. Çocuklardan yapamayacakları davranışları beklemek ve dolayısıyla beklentilerin karşılanması çocuğun eğitimi adına da olsa yetişkinleri şiddete yöneltmektedir. Ailenin çocuktan beklentileri çocuğun gelişimi, davranışları ve duygusal tepkileri konusunda olabilmektedir. Çocuğa karşı şiddet kullanan anne babaların genellikle çocuk ile yetişkin arasındaki farkında ayırt edemedikleri bilinmektedir. Çocuğu gelişim sürecine göre değerlendirememek te ve ondan yetişkin davranışları beklemektedirler. Buna bağlı

olarak ta çocuğun içinde bulunduğu gelişim evresine uygun olmayan beklentiler geliştirmektedirler. İstismarcı anne babalar genellikle kendi bireysel memnuniyetini çocuğunkinden üstün tutan, çocuğu gereksinimlerini karşılayacak bir araç yerine koyan, çocukla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı, duygularının kontrol edemeyen kişilik yapısındadır. Çocuk anne babasının beklentilerini kaçınılmaz olarak karşılayamadığında anne baba buna kızar, sık sık çocuğu cezalandırma yöntemine başvurur (64, 115).

Anne babanın saldırgan olması alkol, uyuşturucu veya ilaç bağımlısı olması da çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerinden biridir. Uyuşturucu maddelerin kullanıldığı durumlarda çocuklara karşı şiddet daha belirgin bir şekilde görülmektedir. Bazı araştırmalara göre, özellikle alkol kullanan anne babalar, çocuklarını daha çok fiziksel yönden, uyuşturucu madde kullananlar ise cinsel yönden istismar etmektedirler (72).

Yanıkkerem (121)'in yaptığı çalışmada da alkol kullanan babaların çocuklarına fiziksel şiddet uygulama oranı %34.3'tür. Alkol kullanımı ile psikotik sorunların varlığı da istismar riskini artırmaktadır.

4.4.2. Çocuktan Kaynaklanan Nedenler

Çocuğun beklenmedik ve istenmedik bir zamanda doğması, gayrimeşru olması gibi durumlarda anne babanın çocuğu istismar ettiği görülmektedir. Gayrimeşru çocuklara karşı tutum ve davranışlar genellikle olumsuz olmakta, bu çocuklar her türlü hak ve statüden mahrum bırakılmaktadırlar. Ülkemizde de evlilik dışı ilişkiden doğan çocuklar toplum tarafından dışlanmaktadır. Anne gebeliğinin ilk evresinde bebeğin hayatına son vermeye çalışır. Doğum sürecine yaklaşıldığında da annenin bebeği öldürme ya da terk etme gibi yollara başvurduğu bilinmektedir. Doğum sonrasında da annenin bebeği hastane, karakol, cami,sokak gibi yerlerde bırakma olaylarına da oldukça sık rastlanmaktadır (7, 29).

Doğum sonrası patolojik anne bebek bağlılığında bebeğin prematüre olması, özel bakım gerektiren bebek olması, cinsiyetinin beklenenden farklı olması önemli yer tutar. Çocuğun prematüre, konjenital anomali, düşük doğum ağırlığı veya kronik

hastalık nedeniyle yaşamının ilk haftalarında ebeveynden ayrılması da ebeveyn çocuk arasındaki normal bağlılık sürecini etkiler (73).

Prematüre bebekler; hayatlarının ilk haftalarında uyanık değillerdir; sakinleştirilmeleri zordur ve normal zamanda doğan bebeklerden daha zayıftırlar. Sonuçta anneler bu çocuklara daha az uyarım verme eğilimi gösterirler. Aynı zamanda hasta, farklı, malforme, prematüre bebek annenin "hatalı" olarak görülmesi ve yetersizliği hissini artırır. Bu durumda bebekten uzaklaşmasına sebep olabilir (107).

Bahçecik ve arkadaşlarının(17), yapmış olduğu bir çalışmada yeni doğan bebeklerde anne babanın tutumları incelendiğinde, en fazla gösterdikleri tutum; annelerin %20.7'sinin bebeğin ağlamasından sıkılması, babaların %9.8'inin, annelerinde %8.1'inin bebeğin cinsiyetinden memnun olmaması, annelerin %9.3'ünün bebeğini kucaklayarak iletişimde bulunmaması, annelerin %6.5'inin bebeğine sert davranışlarda bulunması olarak belirtiliştir.

Çocuğun zihinsel anomalili, davranış bozukluğu veya kronik hastalık tanısının olması durumları da ebeveynlerde ek strese neden olur ki bu da ebeveynler için ayrıca risk faktörü oluşturur (26, 34, 46).

Zeka geriliği olan anormal ya da gelişimsel bozukluklara sahip olan çocuklar daha çok istismar edilmektedirler. Çünkü genellikle özel eğitime muhtaç çocukların eğitilmesi güçtür. Bu çocuklar daha çok ilgi, sevgi ve sabır isterler. Özellikle aşırı hareketli, konuşma güçlüğü çeken ya da ailesinin beklentilerine uygun olarak doğmayan, kültür ve aile tarafından onaylanmayan özelliklere sahip çocuklar istismar için hedef olabilirler. Konuyla ilgili yapılan bir araştırmada istismar edilen gruptaki bebeklerin %1.6'sının istismar edilmeyen gruptaki bebeklerin ise %0.8'inin özürlü olduğu bulunmuştur (72).

Evdeki çocuk sayısının fazlalığı ve çok fazla sayıda kardeşe sahip olma istismar olaylarını artırmaktadır. Çünkü aile genişledikçe anne babaların çocuklarına olan ilgisi azalmakta ve çocuklar arasında bölünmektedir (7).

Çocukların doğum sırası da istismar ve ihmal olgusunun ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. İlk doğan çocuklardan anne babaların beklentileri daha yüksek olmakta ve bu durum çocukların üzerinde başarılı olma yönünde baskı yaratmaktadır (7).

Bebeklerde ve okul öncesi çağındaki çocuklarda istismar daha fazla görülmektedir. Yapılan bir araştırmada çocukların yaşları ile istismar arasındaki ilişkiye bakılmış ve çocukların yaşları arttıkça istismarın azaldığı görülmüştür (29).

Çocuklarda cinsiyet ayırımının yapılması da istismar ve ihmal için etkili bir sebeptir. Türkiye'de kız çocukları erkek çocuklarından daha değersiz görülmektedir. Kızların aileye bağımlı olma davranışları teşvik edilirken, erkek çocuklardan daha bağımsız davranışlar beklenmektedir (7).

4.4.3. Çevreden Kaynaklanan Nedenler:

Anne ve babanın kısıtlı bir sosyal çevre içinde bulunmaları ve çevreyle uyumsuzluk içinde olmalarının da istismar ve ihmali artırıcı etkisi bulunmaktadır. Diğer yandan ailenin toplumdan tamamıyla izole olması durumu da çocuğa yönelik şiddeti etkilemektedir (10).

Modern toplumlarda ihmal ve istismara yol açan nedenler arasında ailenin toplumdan soyutlanması, sık sık ev değiştirmesi gibi etmenler yer almaktadır. Endüstrileşme ve kentleşme süreci ailenin ataerkil aile yapısından çekirdek aile yapısına geçmesi, anne babaya çocuk bakımı, yetiştirilmesi ve diğer konularda sosyal desteğin azalması ailede stres yaratarak çocuk istismar ve ihmali olasılığını artırmaktadır (19, 74).

Çocuk istismar ve ihmalinde kültürel değerlerde önemli yer tutar. Çocuklara bakmanın kültürlerde farklı şekilleri ve tanımları olduğundan istismar ve ihmalin tanımına göre o kültürde nelerin kabul edilebilir, nelerin istismara yönelik olduğu tesbit edilmelidir. Kültürel olarak kabul edilen uygulamalar istismarı artırdıklarında ve belli

bazı standartları ihmal ettiklerinde, yerel standartlar onaylasın onaylamasın istismar ortaya çıkmış olarak kabul edilir (107).

4.5. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ

Önleme çalışmaları, ebeveynlere halihazırda etkileşimde oldukları kurumlar içerisine yerleştirilmeleri, yardım isteğinde bulunan ebeveynlere cevap vermede önemli bir işleve sahip olacaktır. Bu kurumlardan başta gelen ikisi ilk ve orta okullar ile pediatrik sağlık hizmetlerini içermektedir. Eğitim sistemi ile ilgili olarak, okul çağında çocukları olan bütün ebeveynleri hedef alan birincil önleme çalışmaları, çoğunlukla ikincil önleme çalışmalarına gerek kalmadan, her aile için gerekli olan bir düzeyde destek sağlama avantajı sunar. Örneğin, Uyuşturucu İlaçsız Yıllara Hazırlık Programı (Preparing for the Drug Free Years Program) ebeveyn ve adölesan dönemindekilerin daha güçlü hale getirilmeleri ve problemli davranışların azaltılması için tasarlanmış aile odaklı ve faydalı bir önleme çalışmasıdır. Bu programın etkililiği konusundaki araştırmalar, ebeveynlerin uyuşturucu madde ile ilgili kuralları uygulamasında ve elde edilen sonuçlarda çok önemli değişiklikler kaydedildiğini göstermiştir. Ebeveynlerin çocuklarıyla olan iletişimlerinde olumlu yönde değişim olmuş ve narkotik ilaçla ilgili davranış kuralları ve beklentilerini uygulama açısından önemli gelişmeler kaydedilmiş; bu kurallar ve beklentilerin uygulanmasında yaşanan öfke ve şiddette azalma meydana gelmiştir (53).

Çocuk istismarını önleme, hükümet ve çok çeşitli kurumların işin içine girdiği karmaşık ve hassas bir konudur. Daha olumlu bir çocuk ebeveyn etkileşimi ile sonuçlanacak erken müdahalenin, risk altında bulunan çocuklar ve toplum açısından çok önemli yararları olduğu bilinmektedir. Çocuk büyüdükçe bu yararlar daima kendilerini gösterecektir. Travmanın önlenmesi, başta çocuğun kendine güveninin üzerindeki etkisi olmak üzere, korku, endişe ve diğer psikopatolojik durumların ortaya çıkmasını engelleyecek ve dolayısıyla sağlık durumunu da olumlu etkileyecektir (53).

Birincil, ikincil ve üçüncül önleme stratejileri çok önemli işlevler yerine getirmektedir. Özellikle çocuk istismarının önlenmesinde aileyle bire bir yapılan

uygulamalar ve ailenin davranışlarının çeşitli yönlerine yapılan müdahaleler önemlidir. Bu müdahaleler aile içi şiddeti önleme, ebeveynlik becerileri, iletişim becerileri, uyuşmazlık çözümü becerileri ve aile hukukunu içine almaktadır. Çocuk istismarını önleme programlarıçeşitli kurumların koordineli şekilde çalışmasına ve geniş bir yelpazeye yayılan önleme stratejileri ile ailenin işleyişindeki bozukluğun giderilmesine odaklanmalıdır. Çocuk yetiştirmede güçlükle karşılaşan veya herhangi bir destek ya da yardıma ihtiyaç duyan ailelerin ihtiyaç duydukları hizmetleri istismar davranışına yönelmeden alması çok önemlidir. Risk popülasyonlarını hedefleyen kurumlarla koordineli olarak erken bir evrede ailelere destek sağlanmalıdır (53).

Çocuk ve ailenin bir parçası olduğu geniş sosyo ekonomik sistem, ailenin işleyişini, çocuk gelişimi ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi yardım kaynaklarının mevcut olması durumunu etkileyebilir. Ekolojik teori, bireysel, duruma ilişkin ve çevresel sorun ve eksiklikleri telafi edecek bir hizmet ve destek ağı bulunması durumunda ebeveynlerin istismara daha az başvuracaklarını öne sürmektedir. Bu kişi ve çevresi arasındaki ilişki konusundaki teoriye rağmen, önleme çalışmalarının büyük bir kısmı, hizmetlerin gerek tasarlanması gerekse ulaştırılması açısından, oldukça sınırlı sayıdaki risk faktörü üzerinde yoğunlaşmıştır. Ayrıca istismar tipleri arasındaki farklı risk faktörleri de, önleme faaliyetlerinin hedef popülasyonlarına yönelik pek çok önleme faaliyetini ortaya getirmiştir. Sonuç olarak, çocuk istismarına ilişkin risk faktörlerini kapsamlı bir şekilde açıklayan ekolojik teorinin önleme çalışmalarının hazırlanmasında önemli işlevi olabilir (53).

Birçok ülkede, önleme çalışmaları hala, temel olarak üçüncül önleme odaklıdır. Çocuklara ve ailelerine, ancak bir istismar olayı yaşanmış olması durumunda kaynakların büyük bir kısmı sağlanmaktadır. Ailelerin problemlerin boyutları daha büyümeden önleyici çalışmalardan yararlanamayışı, gerek kısa gerekse uzun vadede başta psikolojik olmak üzere pek çok sorunun yaşanmasına, ekonomik ve sosyal birçok kaygılara neden olacaktır (53).

4.5.1. Birincil Önleme

Birincil önleyici hizmetler, tüm çocukların gelişimlerini iyi bir biçimde sürdürebileceği ortamı sağlamaktadır. Ailelerin ve çocukların yaşadıkları koşulları iyileştirebilmenin en etkin yolu sosyal reformlardan geçmektedir. Kuşkusuz bir toplumun yaşam kalitesini artıran her uygulama aile ve çocuklar üzerinde olumlu etkilerde bulunur (53).

Çocuk istismarını önlemede kamuoyunu harekete geçirmek için medyayı kullanmak önleme stratejilerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Kişilerin, çocuklar hakkında ve onları yetiştirme konusunda sahip oldukları tutum ve değerler, ebeveynler olarak çocuklarına ve başka çocuklara karşı davranışları, belli kamu politikalarını destekleme veya destek vermeme dereceleri, hepsi de, çocuk istismarının varlığını ve zaman içindeki artış ya da azalma eğilimini açıklamaya yardım eder. Medya, tutarlı bir şekilde ve her gün geniş ölçüdeki kitleye ulaşılması imkanını verir (53).

Halkın bilinçlendirilmesi çalışmaları şu amaçların gerçekleşmesine olanak verir: problem konusunda bilinç yaratmak; bir problem konusundaki bilgiyi (kapsamı, nedenleri, sonuçları) arttırmak; problem konusundaki tutumları veya değerleri değiştirmek; ve davranışı değiştirmek. Belli bir problem konusunda farkındalık geliştirmek ve bunu muhafaza etmek halkın eğitimine yönelik önleme çalışmalarında ilk sırayı almalıdır (53).

İstismar vakalarının bildirimini yapmaları için de halkı bilinçlendirmek istismarın önlenmesine dolaylı da olsa, katkıda bulunabilir. Yetişkinler olarak hepimiz, bir çocuğun istismar gördüğüne dair yeterli nedene sahip olmamız durumunda, bunu bildirme konusunda ahlaki bir yükümlülük altındayız. Bu nedenler arasında, çocuğun direkt olarak konudan söz etmesi veya ima etmesi; bir akrabası ya da bir arkadaşının çocuğun istismar gördüğünü bildiğini veya buna inandığını söylemesi; muhtemel bir istismarın fiziksel ve/veya psikolojik göstergelerinin gözlemlenmesi yer alır. Bunlardan biri veya birkaçı söz konusu olduğunda mümkün olduğu kadar çabuk harekete geçilmelidir. Herhangi bir şey yapılmaması çocuğu korunmasız bırakır (53).

4.5.2. İkincil Önleme

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulması olarak özetlenebilir. AÇSAP Merkezleri ve Sağlık Ocakları rehberliğinde okullarla işbirliği yapılarak eğitim programları düzenlenebilir. Ayrıca yapılan ev ziyaretleri de bu amaçla kullanılabilir. Hemşirelere bu alanda aktif olarak büyük eğitici bir rol düşmektedir (18, 28, 126).

Yüksek risk gruplarının belirlenmesi 1970'lerde İngiltere ve ABD'de birçok araştırmaya konu olmuştur. 1970'lerin başında Ulusal Henry Kempe Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme ve Tedavi Etme Merkezi; yüksek risk altında bulunan ailelere pratisyen hemşirelerce yapılan ev ziyaretleri çalışması şeklinde düzenlenen deneysel bir çalışma yürütmüştür. Araştırma, ev ziyaretleriyle anne-bebek iletişiminin arttığını ve deney grubuna ait çocuk istismarında azalma olduğunu göstermiştir (118).

1990 yılında "Sağlıklı Başlangıç" programı kapsamında "Hawaii's Healthy Start" modeli geliştirilmiştir. Sağlıklı Başlangıç yaklaşımı; aile ilişkileriıı ve fonksiyonlarını geliştirmek, olumlu aile becerileri, aile çocuk etkileşimlerini ve optimal çocuk gelişmesini arttırmak ve sonuçta çocuk istismarı ve ihmalini önlemek için düzenlenmiştir. Hawaaii Aile Stres Merkezi'nce geliştirilen "Aile Stres Kontrol Listeleri" yeni doğan çocukların annelerine uygulanarak ev ziyaretlerine ve destek servislere gereksimi olan aileler saptanmaktadır (Tablo 1).Üç yıllık uygulama periyodu boyunca ailelerin %95' i servis desteği almışlardır (32).

Tablo 1.:Erken Tanılamada Kullanılan Risk Faktörleri Kontrol Listesi

Evlilik Durumu (yalnız, ayrı yaşayan, boşanmış)
Eşin İşsizliği
Yetersiz gelir veya gelir düzeyi ile ilgili bilginin olmaması
Uygunsuz ev koşulları
Telefonun olmaması
On iki yılın altında eğitim
Yetersiz acil yardım bağlantıları
Madde bağımlılığı öyküsü
Oniki haftadan sonra veya hiç prenatal bakım olmaması
Düşük öyküsü
Psikiyatrik bakım öyküsü
Başarısız düşüğe tesebbüs etmek
Evlat edinme çabasını veya girişimini bırakmak
Evlilik veya aile problemleri
Depresyon veya depresyon öyküsü

Breakey G., Pratt B., "Heathy Growth for Hawaii's Healthy Start: Toard A Systematic Statewide Approach to The Prevention of Child Abuse and Neglect", Bulletin of National Center of Clinical Infant Programs, XI: 4, 16-22, 1991 (Kaynak No: 32).

4.5.3. Üçüncül Önleme

Üçüncül önleyici hizmetlerde; çocuk ihmal ve istismarının tekrarını ve ortaya çıkabilecek ölüm gibi komplikasyonların önlenmesi amaçlanır. Günün 24 saati açık olan merkezlerde fiziksel ve ruhsal tedavi öncelikli olmak üzere, rehabilitasyon ve ailenin yeniden topluma kazandırılmasını hedefleyen programlar kullanılır (28, 126).

Günümüzde Çocuk İhmal ve İstismarı'nın giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir. Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk

muayene ve tıbbi tedavi sonucunda, çocuk ya bir Sosyal Hizmet Kuruluşu'na yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Bu da çocukların ve ailelerin bir anlamda kendi kaderlerine terk edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Yeterli destek ve rehabilitasyon hizmeti alamayan çocuk ve aile yalnız bırakılma duygusu yaşamakta, bu da istismar sonrası örselenmenin devam etmesine ve giderek kronikleşmesine yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar, yaşamlarının herhangi bir döneminde istismara uğramış kişilerin ileride kendi çocuklarına ya da çevrelerindeki diğer çocuklara karşı istismarcı bir tutuma girebildiklerini göstermektedir. Bu da fiziksel ya da cinsel istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik rehabilitasyon programlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını gerektirmektedir. Ancak bu tür rehabilitasyon programlarının uygulanabileceği bir merkez bulunmamaktadır. İstismara uğramış çocuklara ve ailelerine yönelik rehabilitasyon programlarının olmaması, korunma altına alınan ya da ailelerine teslim edilen çocukların mağduriyetini arttırmaktadır. Bu da çocukların ilerideki yaşamlarını direkt olarak etkilemektedir (81).

Her hangi bir İhmal ve İstismar olayında acil müdahale edebilecek ve çocuk - aile ile ilk görüşmeyi yapacak, travma sonrasında 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek tedbirlerin alınmasını sağlayacak, çocuktaki ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi tedavi ve rehabilite etmek amaçlı çalışmaları yürütülebilecek, yataklı ve ayakta rehabilitasyon hizmeti verebilecek, çocuk ihmal ve istismarının rehabilitasyonu konusunda uzman personele sahip **çocuk ve gençlik merkezi'nin** kurulması; bir gereklilik olarak karşımıza çıkmıştır. Çocuk ve Gençlik Merkezi, aynı zamanda multidisipliner bir yaklaşımla ve diğer meslek gruplarının de katkıları ile bir ekip çalışması halinde soruna müdahele edilecek şekilde yapılandırılmalıdır (81).

4.6. TÜRK HUKUK SİSTEMİNDE ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN YERİ

Türk hukuk sisteminde çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin yasal düzenlemeler ***Türk Medeni Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Ceza Muhakemesi Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nda*** belirtilmiştir. Bu kanunların konuya ilişkin maddeleri **EK :5'**te belirtilmiştir.

4.7. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEKİM VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personeli çocuk istismarı ve ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşır, benzer şekilde hastanelerin de hem tıbbi hem de güvenli ortamı nedeniyle bu çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır. İstismara uğradığından şüphe edilen çocuk konuyla ilgili uzmanların hazır bulunduğu koruyucu bir ortamda hızla değerlendirilmeli ve öncelikle tıbbi sorunları (subdural hematom, fraktürler, yanıklar vs.) tanınıp tedavi edilmelidir. Özel merkezlerin olmadığı yerlerde hastanelerin pediatri veya acil servisleri ilk tedavi için en uygun ortamlardır. Hekim lezyonların ağırlığını ve istismar riskinin devam edip etmediğini değerlendirdikten sonra, çocuğun hastaneye yatıp yatmayacağına karar vermelidir. Çocuk tıbbi olarak stabil ise, ailenin değerlendirilmesi bitirilene kadar hastanede veya varsa istismar kriz merkezlerinde tutulmalıdır. Aile çocuğun hastanede kalmasını kabul etmezse mahkeme emri çıkarılabilir. Tıbbi sorunlar yeterince çözümlenmeden çocuk koruyucu merkezlerden gönderilmemelidir. Hekimin tek başına çocuk istismarı kararını vermesi doğru değildir. Karar aşamasında multidisipliner bir ekip; hekim, hemşire, psikolog, sosyal servisler, polis gibi personelin bir arada çalışması gerekmektedir. Hekim veya hemşire istismardan şüphelendiğinde sosyal hizmetler çocuk esirgeme kurumu ve adli makamlarla mümkün olan en kısa süre içinde iletişime geçilmeli, ve durum belirtir bir rapor yazılmalıdır. Aileye amacın onlara yardım etmek olduğu, onları cezalandırmak olmadığı açık bir şekilde ifade edilmelidir. Sosyal servislerin görevleri

kapsamında aileye verilecek desteğin de olduğu unutulmamalıdır. Tüm aşamalarda çocuğun güvenliğinin sağlanması gerekmektedir (70).

İstismar ve ihmale yaklaşımın başarısı için disiplinler arası çalışma gerekmektedir. Kamusal alanda görev yapan sosyal hizmet uzmanları, hekimler, hemşireler, polisler, eğitimciler, pedagoglar, psikologlar, basın ve medya ortak olarak çalışmalıdırlar. Dolayısıyla bu meslek gruplarındaki kişilerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi sahibi olup bu gibi durumlarda gerekli kurum ve kuruluşları harekete geçirmeleri çok önemlidir (70).

İstismara uğrayan bir çocuğun, uygun eğitim almış ve alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından değerlendirilmesi, bulguların atlanmaması açısından çok önemlidir. Olgular travmatize edilmeden "çocuk dostu muayene/değerlendirme" yöntemi uygulanabilen özel bir birimde muayene edilmelidir. Özel birimde; aydınlatılmış onam alınarak öykü, fizik muayene, travmatize olmasını önlemek için ilgili disiplinlerle birlikte değerlendirilerek laboratuar incelemeleri ile tanı konulması, adli rapor düzenlenmesi, çocuğun tedavi edilmesi, rehabilitasyonu ve koruma altına alınması mümkün olacaktır (81).

Bu tip olgularda ilk müdahalede çocuk genellikle çocuğun getirildiği acil servis doktorlarınca yapılmaktadır. Pediatristler, pediatrik cerrahlar, adli tıp uzmanları ve psikiyatristlerin olgu ile karşılaşmaları genellikle daha sonraki dönemlerde, uzun bir süre geçtikten sonra mümkün olabilmektedir (3).

Çocuk istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile acil servise getirildikten sonra hekim ve hemşire için çok önemli olan "öykü alma" süreci başlamış olmaktadır. Öykü fiziksel bulgularla birlikte sağlık ekibini en iyi bilgilendirecek kaynaktır. Bazen fiziksel bulguların yeterince açık olmaması durumunda sadece öykü ve çocuğu getiren kişilerin tutumları aydınlatıcı olabilmektedir. Öykü ileriki aşamalarda hukuki kanıt olarak da kullanılabileceğinden çok önemlidir. Genellikle çocuk tek tanıktır (3).

Hemşireler acil durumlarda her zaman erişilebilecek kişi olmaları nedeni ile önemli bir ekip üyesidir. Çoğu kez şiddete maruz kalmış madurlara, delil teşkil edecek malzemelere ilk ulaşan, bu malzemelerin dökümünü mahkemeye delil teşkil edebilecek şekilde hazırlayan ve hastanın ailesi ile ilk temasa geçen ve geçecek olan hemşiredir (44).

Konu ile ilgilenen koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hemşirelerin, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, adli hemşirelikte görev yapan hemşirelerin istismar ve ihmalin erken tanılanmasında, tedavisinde, risk grubunda yer alan kişilerin tespit edilip önlemlerin alınmasında bireyleri, aileyi ve toplumu bu konuda eğitilmesinde aktif olarak rol almaları gerekmektedir. Temel hemşirelik felsefesi olarak aile merkezli bakım hedef alınıp çocuğun bakımı, beslenmesi, korunması konusunda aile bilinçlendirilmeli, aile içi ilişkileri geliştirmede, sorun çözmede ailenin de katkıları sağlanarak aileye destek olunmalıdır (18, 44).

Hastaneye getirilen bir çocuktaki fiziksel istismar belirtilerini tanımak hekim ve hemşire için oldukça kolaydır. Sağlık personeli aileden ve çocuktan aldıkları bilgileri gözlemleri ve deneyimleri ile birleştirerek ve yardımcı tanılama yöntemlerini kullanarak doğru karara ulaşabilir. İyi bir öykü alma sürecinden sonra önemli olan bir diğer konu sağlık profesyonellerinin çocuğun gelişim evrelerini iyi bilmesi gerekliliğidir. Çoğu zaman istismar ve ihmal öykülerinde çocuğun gelişimi ile uyumsuz öykü anlatılır. Çocuğun motor gelişimini iyi bilen bir sağlık ekibi henüz kendi kendine dönmeyi öğrenemeden yataktan düşemeyeceğini veya henüz emeklemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağının da farkına varır (18, 80).

Farklı disiplinleri barındıran yaklaşım, çocuğa ve aileye kapsamlı sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Hekimler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, avukatlar ve polis memurlarından oluşan ekip tacize uğrayan, ya da ihmal edilen çocukların iyileştirilmesi için yapılması gerekenler hakkında yol gösterip yardım sağlarlar (80).

Çocukla ilgilenen her sağlık kurumunda çocuk istismar ve ihmali izlem ekibinin olmaması sonucunda da çocuklar bu konuda uzman kişilerce değerlendirilememekte sosyal ve tıbbi gereksinimlerin birleştirilmesi ve bütünsel bir yaklaşım sergilenmesi konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır (3, 80).

Çocukla ilgilenen tüm hemşireler ve hekimler konuları ne olursa olsun kötü davranma ve ihmalin erken tanı ve tedavisinde, önlenmesinde, aile ve toplumu bu konuda bilinçlendirmede aktif bir rol almalıdırlar. Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinde, gerekse tedavi edici kurumlarda çalışan hemşire veya hekimler aileyi bir bütün olarak ele almalı, çocukların sağlığının korunması, bakımı, beslenmesi ve eğitimi ile ilgili konular hakkında aileleri bilinçlendirmeli, aile içi ilişkileri geliştirmeli, sorunları çözmeli, onların da katkılarını sağlayarak ailelere destek olmalıdırlar (17, 43, 85).

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşireler riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında önemli bir konumdadırlar. Çünkü bu birimlerde çocuk ve aile ile ilk karşılaşan birey daima sağlık profesyonelleridir (18, 33).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular

Araştırma, hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bağlamda yanıtlanması gereken sorular şunlardır;

1. Araştırma kapsamına alınan bireylerin bireysel özellikleri (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaş, mezun olunan okul, meslekteki çalışma süresi, çocuk sağlığı merkezinde çalışma süresi) nasıldır?

2. Hekim ve hemşirelerin öğrenimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgilenme durumları nedir?

3. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri arasında fark var mıdır?

4. Hekim ve hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerine yönelik farkındalıkları ne düzeydedir?

5. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtilere yönelik farkındalıkları ne düzeydedir?

6. Hekim ve hemşirelerin ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerine yönelik farkındalıkları ne düzeydedir?

7. Hekim ve hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerine yönelik farkındalıkları ne düzeydedir?

8. Hekim ve hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerine yönelik farkındalıkları ne düzeydedir?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul İl sınırları içinde bulunan 35 Ana - Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde (EK 3: AÇSAP'lar listesi) gerekli izinler alındıktan sonra 02.02.006 – 01.06.06 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

AÇSAP merkezleri: 06.02.1997 Tarihli 22900 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan AÇSAP Merkezleri Yönetmeliği'ne göre, AÇSAP Merkezleri sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içinde diğer ana – çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan sağlık kurumlarıdır.

AÇSAP merkezleri, ana – çocuk sağlığı ve üreme sağlığı (aile planlaması dahil) hizmetleri yeterince verilemeyen ve birinci basamak sağlık kuruluşları eksik olan bölgelere öncelik verilerek, il merkezlerinde her 100.000 nüfusa bir adet olmak üzere kurulabilir. Merkezi yerleşim nüfusu en az 30.000 olan ilçe merkezlerinde de bir adet merkez kurulabilmektedir.

AÇSAP Merkezlerinde verilen hizmetler ücretsizdir. Ancak özellik arz eden hizmetlerden Bakanlığın belirleyeceği kurallar doğrultusunda gerektiğinde ücret alınabilir. Merkezlerde verilen hizmetler şunlardır:

- Aile sağlığı hizmetleri,
- Çocuk ve adölesan sağlığı hizmetleri,

- Kadın ve erkek üreme sağlığı hizmetleri (Aile palnlaması hizmetleri dahil),
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- Poliklinik hizmetleri,
- Laboratuar hizmetleri,
- Eğitim hizmetleri (merkezin verdiği konularda),
- Hizmet içi eğitim hizmetleri,
- Halk eğitimi hizmetleri,
- Mezuniyet öncesi uygulamalı eğitim hizmetleri,
- Erken teşhis hizmetleri,
- Danışmanlık hizmetleri,
- Kayıt bildirim ve değerlendirme hizmetleri'dir.

Bazı AÇSAP'lar bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlamaları yanında, sınırlı ölçüde teşhis ve tedavi hizmetleri de sağlamaktadır (75).

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbuldaki mevcut (35) AÇSAP merkezlerinde çalışan tüm hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Evreninin tümü çalışma kapsamına alındığından herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir.

İstanbuldaki 35 AÇSAP merkezlerinde toplam 307 hekim ve hemşire çalışmaktadır. Bunların 148'i hekim, 159'u hemşiredir. 148 hekimden 31'i çalışmaya katılmak istememiş, 5'i verilerin toplandığı dönemde başka sağlık kuruluşlarında görevli olarak çalışmakta, 5'i izin kullanmakta olduğundan 107 hekim çalışmaya katılmıştır. 159 hemşireden 15'i çalışmaya katılmak istememiş, 2 hemşire verilerin toplandığı dönemde başka sağlık kuruluşlarında görevli olarak çalışmakta, 2 hemşire izin kullanmakta, 4 hemşirede raporlu olduğundan çalışmaya 136 hemşire katılmıştır. Araştırmanın örneklemini 107 hekim ve 136 hemşire, olmak üzere toplam 243 kişi oluşturmuştur.

5.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen hekim ve hemşirenin tanıtıcı özellikleri ile istismar ve ihmal konusundaki görüşlerini içeren, 21 sorudan oluşan "Tanıtıcı Bilgi Formu " (EK 1) ve hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini saptamaya yönelik Uysal A., tarafından geliştirilen, 67 sorudan oluşan Likert tipi "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik 1998 yılında geliştirilen Ölçek Formu" (EK 2) kullanılmıştır. Uysal A., ölçek formunda bulunan maddelerin ölçme amacına uygunluğunu, ölçülmek istenen alanı temsil yeteneğini saptamak amacıyla, çocuk istismarı ve ihmali konusunda çalışan 14 uzman öğretim üyesinin görüşünü almıştır. Çoğul uzman görüşüne dayalı içerik geçerliliği uygulanmış ve önerilere göre maddelerde bazı düzeltmeler yaparak madde sayısı 62'den 67'ye yükseltilmiştir.

5.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Hemşire – Hekimlerin demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu), meslekteki ve AÇSAP merkezlerindeki çalışma süreleri, öğrenim süreleri boyunca ve mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumları, çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olmasını düşündükleri branşlar, mesleki çalışma süreleri boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşmaları, mesleki çalışmaları süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında tanıyı koymakta yetersiz kaldıkları süreçler, çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin talimat ve prosedür varlığı ve yeterliliği, çocuk istismarı ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları, bildirim yapmayanların neden yapmadıklarına ilişkin görüşleri, çocuk istismarı ve ihmali vakalarının hangi tür kurumlardan hizmet alacağı ve çalışmayla ilgili bilgi edinme durumlarını içeren 21 sorudan oluşan "Tanıcı Bilgi Formu"(EK 1) hazırlanmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu 5 hemşire 5 hekime uygulanarak pilot çalışma yapılmış, eksiklikler saptanarak forma son şekli verilmiştir.

5.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

Uysal A., tarafından "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına yönelik olarak geliştirilmiştir.

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)
- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde)
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde)
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde)
- Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt grubu bulunan hemşire ve hekimlerin farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik toplam 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. (EK 2).

Her madde için "çok doğru", "oldukça doğru", "kararsızım", "pek doğru değil", "hiç doğru değil" sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur.

Ölçek uygulanmadan önce ve değerlendirilmesinde ölçeği hazırlayan ve ilk uygulayan Dr. Aynur Uysal ile görüşülerek, bilgi alışverişinde bulunuldu ve ölçeğin kullanım izni alındı (EK: 6).

5.6. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırma örneklemini oluşturacak hekim ve hemşirelere,

- Çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği 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 gösterildi.

- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek "**sadakat-gizlilik"** ilkesine bağlı kalındı.

- **"Zarar vermeme- yarar sağlama "** ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı.

5.7. Aracın Geçerlik ve Güvenirliği

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılanmasına yönelik ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirlik Analizi Değerlendirme Sonuçları:

Tablo 2: Geçerlilik güvenilirlik değerlendirmesi

	İç tutarlılık (r)
Genel Ölçek Puanı	0,8112
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	0,6266
Çocuktaki davranışsal belirtiler	0,6311
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	0,6104
İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri	0,4823
İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	0,4783
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	0,6347

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği değerlendirmesine ait 67 sorunun Cronbach's alpha katsayısı 0,8112 olup, anket

oldukça geçerli ve güvenilirdir diyebiliriz. Ölçeğin alt grup değerlendirmelerinin de Cronbach's alpha katsayısı 0,47 ile 0,63 arasında değişmektedir.

Uysal'ın "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması" isimli çalışmasında da alpha katsayısı 0,9240 olarak bulunmuştur. Alt ölçek puanları da 0,59 ile 0,89 arasında değişmektedir.

5.8. Verilerin Toplanması

Hazırlanan anket formları hekim ve hemşirelere araştırmacının kendisi tarafından verilerek, anket formunda anlaşılmayan noktalarda açıklamalar yapılarak doldurtulmuştur. Araştırmacı önce kendini tanıtmış ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmıştır. Hemşire ve hekimlerin anketi doldururken bir arada oldukları zamanlarda kendi görüşlerini belirterek birbirlerini etkilemelerinin anket sonuçlarını etkileyeceği vurgulanarak bu davranış engellenmiştir. Anket formunun doldurulması ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Bu süre bazen hekim ve hemşirelerin ankete yönelik soruları ve iş yoğunlukları nedeni ile uzamıştır.

5.9. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli, başka birimlerde görevli, raporlu olan ve çalışmaya katılmak istemeyen çalışanlar araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma sonuçları tüm ülke hekim ve hemşirelerini değil sadece İstanbul ilindeki AÇSAP merkezlerinde görev yapan hemşire ve hekimlerin konuya ilişkin durumlarını yansıtmaktadır.

Anket formlarının doldurulması aşamasında hekim ve hemşirelerin ankete yönelik anlaşılmayan soruları olabileceği düşünüldüğünden tüm merkezlere araştırmacı tarafından gidilmiş, formlar sadece araştırmacı tarafından doldurtulmuştur.

Anket formlarının doldurulması aşamasında 2 AÇSAP merkezi izin yazılarının ellerine ulaşmaması sebebi ile anket formlarını doldurmak istememiştir. Bu sorundan dolayı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile irtibata geçilerek, gerekli izin yazıları (EK 8) merkezlere İl Sağlık Müdürlüğü tarafından tekrar fax yolu ile ulaştırılmıştır.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, profesyonel bir istatistik merkezinden yardım alınmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup değerlendirmelerinde Oneway Anova Test, iki grup karşılaştırılmasında Student T test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.11. Anket Formunun Değerlendirilmesi

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin farkındalıklarının saptanmasına yönelik likert tipi ölçekte yer alan1,2,4,6,7, 9,11,13,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,29,31,33,35,36,37,38,39,40,43,44,45,47,48,5 0,51, 52,53,55,57,58,60,62,64,65,66,67 no'lu sorulara "çok doğru" yanıtına 5 puan, "oldukça doğru" yanıtına 4 puan, "kararsızım" yanıtına 3 puan, "pek doğru değil" yanıtına 2 puan, "hiç doğru değil" yanıtına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30,32,34,41,42,46,49,54,56,59,61,63 no'lu sorulara verilen "çok doğru" yanıtı 1 puan, "oldukça doğru yanıtı 2 puan, "kararsızım" yanıtı 3 puan, "pek doğru değil" yanıtı 4 puan, "hiç doğru değil yanıtı" 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 5'e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3'den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir.

Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan deneğin 335 tam puan alması beklenmiştir.

5.12. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Hemşire ve Hekimlerin cinsiyeti, medeni durumları, yaşları, çocuk sahibi olmaları, mezun oldukları okul, meslekteki çalışma süreleri, ana çocuk sağlığındaki çalışma süreleri, öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin bilgi alma, alınan bilginin yeterliliği, öğrenim sonrası çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin sertifikalı eğitim alma, alınan bilginin yeterliliği, çocuk istismarı ve ihmalinin tanılanması aşamasında olmasını düşündükleri branşlar, mesleki çalışma süreleri boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşmaları, mesleki çalışmaları süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında tanıyı koymakta yetersiz kaldıkları süreçler, çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin talimat ve prosedür varlığı ve yeterliliği, çocuk istismarı ile karşılaşıldığında bildirim yapmaları, bildirim yapmayanların neden yapmadıkları, çocuk istismarı ve ihmali vakalarının hangi tür kurumlardan hizmet alacağı ve çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili çalışmayla ilgili bilgi edinme durumları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki farkındalık düzeyleri bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Çalışma 02.02.06 ile 01.06.06 tarihleri arasında İstanbuldaki tüm AÇSAPlarda 107 hekim ve 136 hemşire olmak üzere toplam 243 olgu üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen olguların 35'i (%14,4) erkek; 208'i (% 85,6) kadındır. 25 yaş altı olgu oranı % 1,6; 26-35 yaş arası %24,7; 36-45 yaş arası %62,1; 46-55 yaş arası ise %10,3 ve 56 yaş ve üzeri ise %1,2 oranındadır.

6.1. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve İstismar İhmal Konusundaki Görüşleri

6.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri

Tablo 3: Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hekim ve Hemşirelerin Özellikleri		Hekim (n=107)		Hemşire (n=136)		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	**Erkek**	35	*32,7*	-	-	**35**	***14,4***
	Kadın	72	*67,3*	136	*100*	**208**	***85,6***
Medeni Durum	**Evli**	90	*84,1*	131	*96,3*	**221**	***90,9***
	Bekar	17	*15.9*	5	*3,7*	**22**	***9.1***
Çocuk varlığı	**Evet**	84	*78,5*	127	*93,4*	**211**	***86,8***
	Hayır	23	*21,5*	9	*6,6*	**32**	***13,2***
Yaş	**25 ve altı**	-	-	4	*2,9*	**4**	***1,6***
	26-35 arası	20	*18,7*	40	*29,4*	**60**	***24,7***
	36-45 arası	67	*62,6*	84	*61,8*	**151**	***62,2***
	46-55 ve üstü	20	*18,7*	8	*5,9*	**28**	***11,5***
Eğitim Durumu	**Sağlık Meslek Lisesi**	-	-	50	*36,8*	**50**	***20,6***
	Önlisans	-	-	79	*58,1*	**79**	***32,5***
	Lisans	99	*92,5*	7	*5,1*	**106**	***43,6***
	Diğer (Lisans üstü)	8	*7,5*	-	-	**8**	***3,3***
Meslekte çalışma süresi	**1 yıldan az**	0	*0*	0	*0*	**0**	***0***
	1-2 yıl	2	*1,9*	2	*1,5*	**4**	***1,6***
	3-5 yıl	9	*8,4*	11	*8,0*	**20**	***8,2***
	6 yıl ve üzeri	96	*89,7*	123	*90,5*	**219**	***90,2***
Ana-çocuk Sağlığı Merkezinde çalışma süresi	**1 yıldan az**	15	*14,0*	9	*6,6*	**24**	***9,9***
	1-2 yıl	8	*7,5*	13	*9,6*	**21**	***8,6***
	3-5 yıl	24	*22,4*	24	*17,6*	**48**	***19,7***
	6 yıl ve üzeri	60	*56,1*	90	*66,2*	**150**	***61,8***

Hekimlerde erkek olgu sayısı 35 (%32,7); kadın olgu sayısı 72 (%67,3) dir. Hemşire grubunda ise kadın olgu sayısı 136 (%100) olarak bulunmuştur.

Medeni duruma göre hekim grubunda 90 (%84,1) olgu evli, 17 (%15,9) olgu bekardır. Hemşirelerin ise 131 (%96,3) evli; 5 (%3,6) bekardır.

Hekim grubunu 84'ü (%78,5) çocuk sahibi; hemşirelerin ise 127 (%93,4) çocuk sahibidir.

Yaş dağılımlarında ise hekimlerde 26-35 yaş arası 20 (%18,7); 36-45 yaş arası 67 (%62,6), 46-55 yaş ve üstü 20 (%18,7) olgu mevcuttur. Hemşirelerde 25 yaş ve altında 4 (%2,9); 26-35 yaş arası 40 (%29,4); 36-45 yaş arası 84 (%61,8), 46-55 yaş ve üzeri 8 (%5,9) olgu mevcuttur.

Eğitim durumuna göre dağılımlarda; hekimlerin % 92,5'i lisans, % 7,5'i lisans üstü eğitim almıştır. Hemşirelerin ise %36,8'i sağlık meslek lisesi, % 58,1'i önlisans ve % 5,1'i lisans mezunudur.

Meslekte çalışma sürelerine göre dağılımlarında; hekimlerde 1 yıldan az çalışan %0; 1-2 yıl arası çalışan %1,9; 3-5 yıl arası çalışan %8,4 ve 6 yıl ve üzeri çalışan %89,7 olgu mevcuttur. Hemşirelerde ise; 1 yıldan az çalışan %0; 1-2 yıl arası çalışan %1,5; 3-5 yıl arası %8,0 ve 6 yıl ve üzeri çalışan %90,5 olgu mevcuttur.

Ana çocuk sağlığı ve aile merkezindeki çalışma sürelerine göre dağılımlarında hekimlerde; 1 yıldan az çalışan %14,0; 1-2 yıl arası çalışan %7,5; 3-5 yıl arası %22,4 ve 6 yıl ve üzeri çalışan %56,1 olgu mevcuttur. Hemşirelerde ise 1 yıldan az çalışan %6,6; 1-2 yıl arası çalışan %9,6; 3-5 yıl arası %17,6 ve 6 yıl ve üzeri çalışan %66,2 olgu mevcuttur.

6.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Etkinlikleri ve Vakaların Tanılanması Aşamasında Mutlaka Olması Gerekliliğine İnanılan Branşlara Ait Görüşleri

Tablo 4: Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Soruların Değerlendirmesi

Çocuk İstismarı ve İhmali		Hekim		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Bilgi alımı	**Evet**	52	*48,6*	38	*27,9*	**90**	***37,0***
	Hayır	55	*51,4*	98	*72,1*	**153**	***63,0***
Bilgi yeterliliği	**Evet**	18	*34,6*	10	*26,3*	**28**	***31,1***
	Hayır	34	*65,4*	28	*73,7*	**62**	***68,9***
Mezuniyet sonrası serfitikalı eğitim alımı	**Evet**	8	*7,5*	8	*5,9*	**16**	***6,6***
	Hayır	99	*92,5*	128	*94,1*	**227**	***93,4***
Mezuniyet sonrası serfitikalı eğitim yeterliliği **(Sadece sertifikalı eğitim alanlar cevaplamıştır)**	**Evet**	8	*100*	8	*5,9*	**16**	***6,6***
	Hayır	99	*92,5*	128	*94,1*	**227**	***93,4***
Vakaların tanılanması aşamasında mutlaka olması gerekliliğine inanılan branşlar **(Birden fazla yanıt verilmiştir)**	**Acil hekimi**	55	*51,4*	45	*33,1*	**100**	***41,2***
	Çocuk hekimi	86	*80,4*	98	*72,1*	**184**	***75,7***
	Çocuk Hemşiresi	55	*51,4*	77	*56,6*	**132**	***54,3***
	Sosyal Hizm.Uzmanı	71	*66,4*	96	*70,6*	**167**	***68,7***
	Çocuk Psikiyatristi	88	*82,2*	121	*89,0*	**209**	***86,0***
	Pedagog	48	*44,9*	78	*57,4*	**126**	***51,9***
	Ortopedist	26	*24,3*	24	*17,6*	**50**	***20,6***
	Adli Tıp Hekimi	74	*69,2*	63	*46,3*	**137**	***56,4***
	Çocuk Cerrahisi	32	*30,2*	30	*22,1*	**62**	***25,6***
	Jinekolog	44	*41,1*	48	*35,3*	**92**	***37,9***
	Diğer (aile hekimi)	4	*3,7*	4	*2,9*	**8**	***3,3***

Öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alım düzeyi hekimlerde 52 (%48,6), hemşirelerde ise 38 (%27,9)'dur. Alınan bilginin yeterliliği konusunda; hekimlerin 18 (% 34,6)'i, hemşirelerin ise 10 (%26,3)'u aldıkları eğitimi

yeterli bulmuştur. Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alan hekimlerde 8 (%7,5), hemşirelerde 8 (%5,9) olgu mevcuttur. Alınan sertifikalı eğitimi yeterli bulan yine hekimlerde 8 (%7,5), hemşirelerde 8 (%5,9) olgudur.

Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gereken branşlar sorgulandığında; hekimlerin 55'i (%51,4) acil hekimi, 86'sı (%80,4) çocuk hekimi; 55'i (%51,4) çocuk hemşiresi; 71'i (%66,4) sosyal hizmet uzmanı; 88'i (%82,2) çocuk psikiyatristi; 48'i (%44,9) pedagog; 26'sı (% 24,3) ortopedist; 74'ü (%69,2) adli tıp hekimi; 32'si (% 30,2) çocuk cerrahı; 44'ü (%41,1) jinekolog ve 4 olgu da (%3,7) diğer hekimler şeklinde sıralamışlar; hemşireler ise 45 olgu (%33,1) acil hekimi; 98 olgu (%72,1) çocuk hekimi; 77 olgu (%56,6) çocuk hemşiresi; 96 olgu (%70,6) sosyal hizmet uzmanı; 121 olgu (%89,0) çocuk psikiyatrist; 78 olgu (%57,4) pedagog; 24 olgu (% 17,6) ortopedist; 63 olgu (%46,3) adli tıp hekimi; 30 olgu (% 22,1) çocuk cerrahı; 48 olgu (%35,3) jinekolog ve 4 olgu da (%2,9) diğer hekimler şeklinde belirtmişlerdir.

6.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin İş Yaşamında Karşılaştıkları Durumlara Ait Görüşleri

Tablo 5: Hekim ve Hemşirelerin İş Yaşamında Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Görüşleri

İş yaşamında Çocuk İstismarı ve İhmali		Hekim		*Hemşire*		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
İş yaşamı süresinde vakayla karşılaşma	Evet	56	*52,8*	41	*30,1*	**97**	***40,1***
	Hayır	50	*47,2*	95	*69,9*	**145**	***59,9***
İşte karşılaşılan vakalarda zorlanılan süreç	Öykü alma	20	*35,1*	12	*29,5*	**32**	***32,7***
	Fizik muayene	2	*3,5*	10	*22,7*	**12**	***11,9***
	Kayıt	8	*14,0*	3	*6,8*	**11**	***10,9***
	Rapor Etme /Yasal Süreç	26	*47,4*	16	*40,9*	**42**	***44,6***
Kurumda Talimat/Prosedür'ün Varlığı	Evet	9	*8,4*	10	*7,4*	**19**	***7,9***
	Hayır	63	*58,9*	88	*65,2*	**151**	***62,4***
	Bilmiyorum	35	*32,7*	37	*27,4*	**72**	***29,7***
Talimat/Prosedür yeterliliği	Evet	6	*75,0*	7	*77,8*	**13**	***76,5***
	Hayır	3	*25,0*	3	*22,2*	**4**	***23,5***
Bildirimde bulunmayı	Düşünen	102	*95,3*	126	*92,7*	**228**	***93,7***
	Düşünmeyen	5	*4,7*	10	*7,4*	**15**	***6,3***
Bildirimde bulunmayı düşünmeme nedeni	Yasal süreçlere ait bilginin olmaması	3	*60,0*	4	*66,7*	**7**	***63,6***
	Çocuğu daha kötü duruma sokmaktan korkma	2	*40,0*	1	*16,7*	**3**	***27,3***
	Çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi	-	-	1	*16,7*	**1**	***9,1***
Çocuk ve Gençlik Merkezleri olmalı mı?	Evet	107	*100,0*	134	*98,5*	**241**	***99,2***
	Hayır	-	-	2	*1,5*	**2**	***0,8***
Çocuk ve Gençlik Merkezi ile ilgili düşünce ve öneriler	Devlete bağlı olmalı	3	*15,0*	4	*14,3*	**7**	***14,6***
	Rehabilitasyon merkezleri	6	*30,0*	12	*42,9*	**18**	***37,5***
	Özellikle göç bölgelerinde olmalı	-	-	1	*3,6*	**1**	***2,1***
	Her ilçede ve kolay ulaşılabilir olmalı	5	*25,0*	8	*28,6*	**13**	***27,1***
	Hastanelerde multi disipliner ve eğitimli ekipler olmalı	6	*30,0*	3	*10,7*	**9**	***18,8***
Çalışmanın sonuçları hakkında bilgi edinme isteği	Evet	104	*97,2*	134	*98,5*	**238**	***97,9***
	Hayır	3	*2,8*	2	*1,5*	**3**	***2,1***

❖ ***Yüzdeler cevap verenler üzerinden hesaplanmıştır.***

İş yaşamı süresinde hekimlerin 56 (%52,8)'sı hemşirelerin ise 41 (%30,1)'i çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir.

İş yaşamında karşılaşılan vakalarda zorlandıkları ve yetersiz kaldıkları aşamayı hekimlerin 20'si (%35,1) öykü alma, 2'si (%3,5) fiziki muayene; 8'i (%14,0) kayıt ve 27'si (%47,4) ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç olarak belirtmişler; hemşirelerin ise 13'ü (%29,5) öykü alma, 10'u (%22,7) fiziki muayene; 3'ü (%6,8) kayıt ve 18'i (%40,9) ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç olarak bildirmişlerdir.

Çalıştıkları kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunması konusuna hekimlerin 9'u (%8,4) evet şeklinde, 63'ü (%58,9) hayır ve 35 olgu (% 32,7) bilmiyorum şeklinde cevap vermiştir; hemşirelerin ise 10'u (%7,4) evet, 88'i (%65,2) hayır ve 37'si (% 27,4) bilmiyorum şeklinde belirtmişlerdir. Varsa mevcut olan talimatların yeterli olduğunu hekimlerin 6'sı (%75,0); hemşirelerin 7'si (%77,8) söylemişlerdir.

Çocuk istismarı/ihmali ile karşılaşıldığında bildirim yapmayı hekimlerin 102'si (%95,3); hemşirelerin ise 126'sı (%92,7)'düşünmektedir.

Böyle bir durum ile karşılaşıldığında bildirimde bulunmama nedeni hekimlerde 3 (%60,0) oranında yasal sürece ait bilginin olmaması; 2 (%40,0) olguda çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokuyor olmaktan korkma şeklinde; hemşirelerde ise 4 olgu (%40,0) yasal sürece ait bilginin olmaması; 3 (%30,0) olguda çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokuyor olmaktan korkma; 3'ü (%30,0) şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi olarak belirtilmiştir.

Çocuk istismarı/ihmali konusu ile ilgili Gençlik merkezlerinin kurulmasını hekimlerin 107'si (%100); hemşirelerin ise 134'ü (%98,5) desteklemiştir. Bu konu ile ilgili önerilerde bulunanların dağılımı ise hekimlerde; 3 (%15,0) devlete bağlı olmalı; 6 (%30,0) olgu güvenilir rehabilitasyon merkezleri olmalı; 5 (%25,0) olgu her ilçede ve kolay ulaşılabilir olmalı; 6 olgu (%30,0) hastanelerde eğitimli ekipler olmalı şeklinde sıralamış; hemşireler ise 4 (%14,3) devlete bağlı olmalı; 12 (%42,9) olgu güvenilir rehabilitasyon merkezleri olmalı; 1 (%3,6) özellikle göç bölgelerinde olmalı; 8 (%28,6)

olgu her ilçede ve kolay ulaşılabilir olmalı; 3 olgu (%10,7) hastanelerde eğitimli ekipler olmalı şeklinde sıralamıştır.

Çalışmanın sonuçları ile ilgili bilgi edinmek isteme durumları incelendiğinde ise; hekimlerde 104 olgu (%97.2) evet, 3 olgu (%2.8) hayır şeklinde yanıtlamış, hemşirelerde 134 olgu (%98.5) evet, 2 olgu (%1.5)'i hayır şeklinde yanıtlamışlardır.

Tablo 6 : Sosyodemografik Özelliklerin Hekim ve Hemşirelere Göre Değerlendirilmesi

Hekim ve Hemşirelerin Özellikleri		Hekim (n=107)		Hemşire (n=136)		*Test Değeri; p*
		n	%	n	%	
Medeni Durum	**Evli**	90	*84,1*	131	*96,3*	***χ^2:10,856; p: 0,004*****
	Bekar	17	*15,9*	5	*3,6*	
Çocuk varlığı	**Evet**	84	*78,5*	127	*93,4*	***χ^2:11,924; p: 0,003*****
	Hayır	23	*21,5*	9	*6,6*	
Yaş	**25 ve altı**	-	-	4	*2,9*	***χ^2:15,582; p: 0,004*****
	26-35 arası	20	*18,7*	40	*29,4*	
	36-45 arası	67	*62,6*	84	*61,8*	
	46-55 ve üstü	20	*18,7*	8	*5,9*	
Meslekte çalışma süresi	**1 yıldan az**	0	*0*	0	*0*	*χ^2:0,191; p: 0,979*
	1-2 yıl	2	*1,9*	2	*1,5*	
	3-5 yıl	9	*8,4*	11	*8,0*	
	6 yıl ve üzeri	96	*89,7*	123	*90,5*	
Ana-çocuk Sağlığı Merkezinde çalışma süresi	**1 yıldan az**	15	*14,0*	9	*6,6*	*χ^2:6,776; p: 0,148*
	1-2 yıl	8	*7,5*	13	*9,6*	
	3-5 yıl	24	*22,4*	24	*17,6*	
	6 yıl ve üzeri	60	*56,1*	90	*66,2*	
Bilgi alımı	**Evet**	52	*48,6*	38	*27,9*	***χ^2:10,958; p: 0,001*****
	Hayır	55	*51,4*	98	*72,1*	
Bilgi yeterliliği	**Evet**	18	*34,6*	10	*26,3*	*χ^2:0,219; p: 0,640*
	Hayır	34	*65,4*	28	*73,7*	
Mezuniyet sonrası serfitikalı eğitim	**Evet**	8	*7,5*	8	*5,9*	*χ^2:0,247; p: 0,619*
	Hayır	99	*92,5*	128	*94,1*	
Serfitikalı eğitim yeterliliği **(Sadece sertifikalı eğitim alanlar cevaplamıştır)**	**Evet**	8	*7,5*	8	*5,9*	*χ^2:0,247 p:0,619*
	Hayır	99	*92,5*	128	*94,1*	
Vakayla karşılaşma	**Evet**	56	*52,8*	41	*30,1*	***χ^2:12,762; p: 0,001*****
	Hayır	50	*47,2*	95	*69,9*	

χ^2 : Ki-kare test ***p<0,01*

Hekim ve hemşire grubuna göre cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,019).

Medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$); doktorların evli olma oranı hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Çocuk durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$); hemşirelerin çocuk sayısı hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksektir .

Yaş dağılımları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). hekimlerde 46 yaş ve üzeri olgu sayısı hemşirelere göre yüksek iken, hemşirelerde ise 25-35 yaş arası olgu sayısı hekimlere göre daha yüksektir.

Meslekte çalışma sürelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ana ve çocuk sağlığı merkezinde çalışma sürelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alım düzeyi hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Alınan bilginin yeterliliği konusunda hekim ve hemşire grubunun verdiği yanıt istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Vakayla karşılaşma durumu incelendiğine hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

6.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

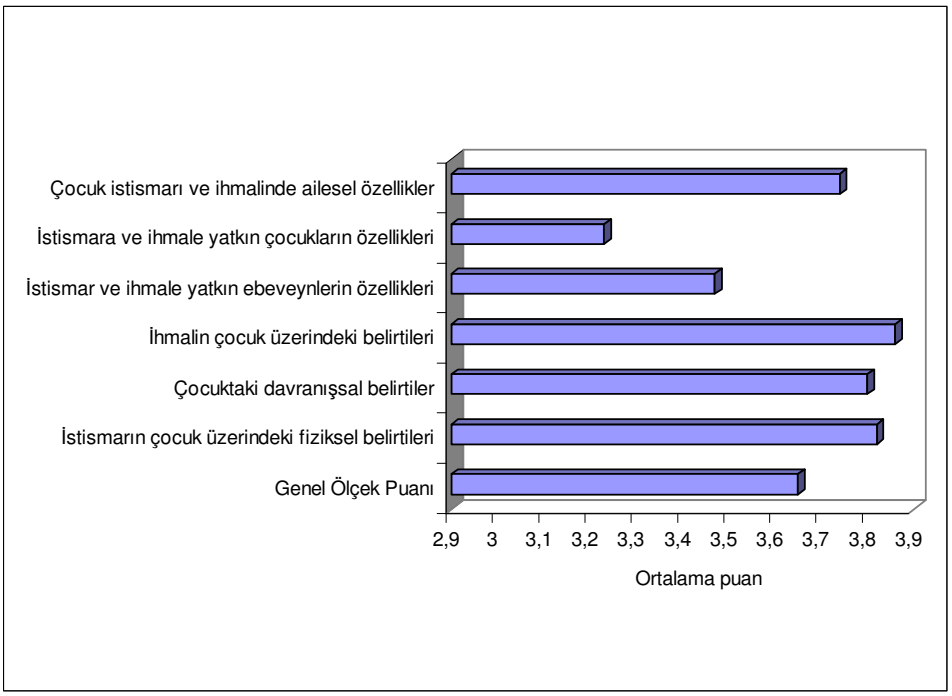
6.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi

Tablo 7 (Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı) ve **Tablo 8** (Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı) **Ek:4'**de verilmiştir.

Tablo 9 : Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılanması Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarının Genel Dağılımı

Alt Ölçek Maddeleri	Minimum	Maksimum	Ortalama	SD
Genel Ölçek Puanı	2,73	4,66	3,65	0,33
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	2,84	4,79	3,86	0,38
Çocuktaki davranışsal belirtiler	2,73	4,87	3,80	0,38
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	2,29	5,00	3,86	0,48
İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri	2,38	5,00	3,46	0,47
İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	1,20	5,00	3,23	0,62
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	2,00	5,00	3,74	0,52

Hekim ve Hemşirelerin ÇİİBRTÖ genel ölçek puanı 2,73 ile 4,66 arasında değişmekte olup ortalama 3,65±0,33'dür. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinin puanı 2,84 ile 4,79 arasında değişmekte olup ortalama 3,86±0,38; çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçeğinin puanı 2,73 ile 4,87 arasında değişmekte olup ortalama 3,80±0,38; ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinin puanı 2,29 ile 5,00 arasında değişmekte olup ortalama 3,86±0,48; istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeğinin puanı 2,38 ile 5,00 arasında değişmekte olup ortalama 3,46±0,47; istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinin puanı 1,20 ile 5,00 arasında değişmekte olup ortalama 3,23±0,62; istismar ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçeğinin puanı 2,00 ile 5,00 arasında değişmekte olup ortalama 3,74±0,52'dir.



Grafik 2 : Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Grafik 2'de görüldüğü gibi hekim ve hemşireler en yüksek alt ölçek puanını ihmalin çocuk üzerindeki etkilerinden almışlardır. En düşük alt ölçek puanını ise istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerinden almışlardır.

6.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

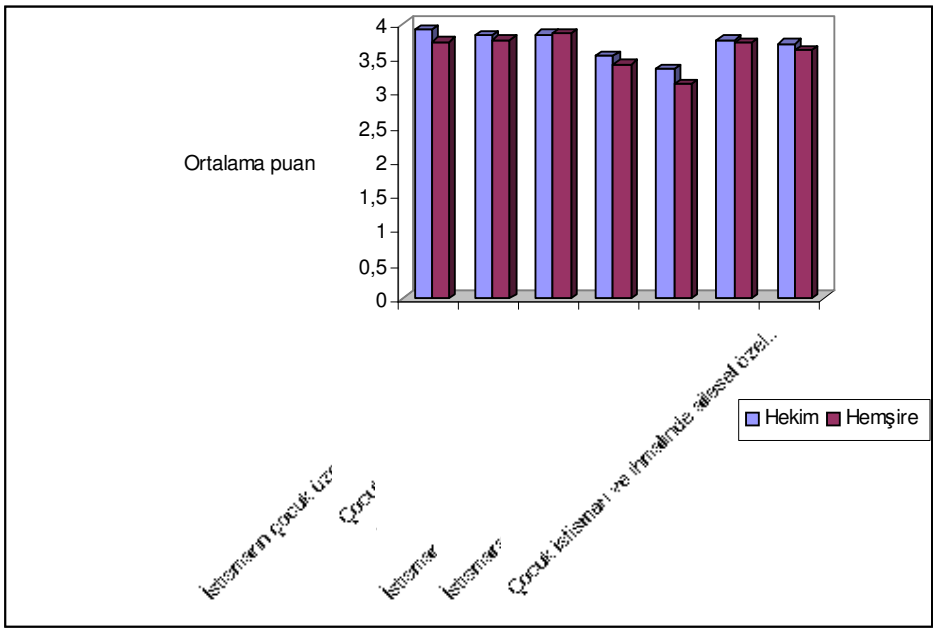
Tablo 10: Hekim ve Hemşirelere göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Hekim (n=107)		**Hemşire (n=136)**		***Test Değ; p***
	Ort	***SD***	**Ort**	***SD***	
Genel Ölçek Puanı	3,92	*0,40*	3,74	*0,40*	***t: 2,374; p: 0,018****
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	3,83	*0,38*	3,77	*0,37*	***t: 3,357; p: 0,001****
Çocuktaki davranışsal belirtiler	3,85	*0,45*	3,87	*0,49*	*t: 1,150; p: 0,251*
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	3,54	*0,39*	3,41	*0,52*	*t: 0,263; p: 0,793*
İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri	3,34	*0,48*	3,13	*0,70*	***t: 2,063; p: 0,040****
İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,77	*0,48*	3,72	*0,55*	***t: 2,741; p: 0,007****
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3,71	*0,31*	3,61	*0,33*	*t: 0,734; p: 0,463*

t: student t test **p<0,05* ***p<0,01*

Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği toplam puan ortalamaları hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği alt gruplarından olan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puanları hekim grubunda hemşirelere göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ve ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puanı hekim olgularda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanları hekim olgularda hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,01$); çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).



Grafik 3 : Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 10'da Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği puanları ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

6.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Farkındalıkları ile Sosyo – Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo11: Cinsiyet / Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	*Cinsiyet//Medeni Durum Çocuk Durumu*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Erkek***	35	3,67	*0,30*	*t: 0,983; p: 0,328*
	Kadın	72	3,73	*0,32*	
Hemşire (n=136)	***Erkek***	**-**	**-**	**-**	**-**
	Kadın	136	3,74	*0,40*	
Hekim (n=107)	***Evli***	90	3,69	*0,31*	*t: 1,019; p: 0,310*
	Bekar	14	3,78	*0,29*	
Hemşire (n=136)	***Evli***	131	3,61	*0,32*	*t: 1,683; p: 0,095*
	Bekar	4	3,33	*0,48*	
Hekim (n=107)	***Çocuk Var***	85	3,69	*0,29*	*t: 1,123; p: 0,264*
	Çocuk Yok	22	3,78	*0,37*	
Hemşire (n=136)	***Çocuk Var***	127	3,62	*0,33*	*t: 1,536; p: 0,127*
	Çocuk Yok	9	3,44	*0,34*	

t: student t test

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin tümü bayan olduğundan cinsiyetlere göre değerlendirme yapılmamıştır.

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı da çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 12: Gruplarda Yaş Sınıflamasına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Grup	***Yaş***	***Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı***			***Test Değ; p***
		n	***Ortalama***	***SD***	
Hekim (n=107)	***26-35 yaş***	20	3,66	*0,28*	***F: 1,380; p: 0,253***
	36-45 yaş	67	3,74	*0,33*	
	46-55 yaş ve üstü	20	3,68	*0,28*	
Hemşire (n=136)	***25 yaş altı***[+]	4	3,42	*0,32*	***F: 1,115; p: 0,345***
	26-35 yaş	40	3,68	*0,33*	
	36-45 yaş	84	3,59	*0,33*	
	46-55 yaş ve üstü	8	3,58	*0,36*	

F: Oneway Anova test [+] *Olgu sayısı nedeni ile değerlendirme dışı bırakılmıştır*

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 13: Gruplarda Meslekteki ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerindeki Çalışma Süresine Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Meslekte çalışma süresi*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	***Ortalama***	***SD***	
Hekim (n=107)	***1-2 yıl*** [+]	2	3,28	*0,50*	***F: 0,157; p: 0,693***
	3-5 yıl	9	3,76	*0,27*	
	6 yıl ve üzeri	96	3,71	*0,31*	
Hemşire (n=136)	***1-2 yıl*** [+]	2	3,10	*0,37*	***F: 0,526; p: 0,469***
	3-5 yıl	11	3,69	*0,33*	
	6 yıl ve üzeri	123	3,61	*0,33*	
Grup	*AÇSAP'ta Çalışma Süresi*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	***Ortalama***	***SD***	
Hekim (n=107)	***1 yıldan az***	15	3,69	*0,32*	***F: 0,556; p: 0,645***
	1-2 yıl	8	3,60	*0,29*	
	3-5 yıl	24	3,76	*0,32*	
	6 yıl ve üzeri	60	3,71	*0,31*	
Hemşire (n=136)	***1 yıldan az***	9	3,51	*0,36*	***F: 1,556; p: 0,203***
	1-2 yıl	13	3,79	*0,43*	
	3-5 yıl	24	3,59	*0,29*	
	6 yıl ve üzeri	90	3,60	*0,32*	

F: Oneway Anova test [+] *Olgu sayısı nedeni ile değerlendirme dışı bırakılmıştır.*

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı meslekte çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da meslekte çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı ana çocuk merkezinde çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da ana çocuk merkezinde çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14: Hekim ve Hemşirelerin Öğrenimleri Sırasında Konu İle İlgili Bilgi Alma, Alınan Bilginin Yeterliliği ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Öğrenimlerinde konu ile ilgili bilgi alma*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Evet***	52	3,67	*0,30*	*t: 1,147; p: 0,254*
	Hayır	55	3,74	*0,33*	
Hemşire (n=136)	***Evet***	38	3,63	*0,29*	*t: 0,453; p: 0,651*
	Hayır	98	3,60	*0,35*	
Grup	*Konu ile ilgili alınan bilgi yeterliliği*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=52)	***Evet***	18	3,70	*0,35*	*t: 0,500; p: 0,619*
	Hayır	34	3,66	*0,28*	
Hemşire (n=38)	***Evet***	10	3,53	*0,18*	*t: 1,660; p: 0,160*
	Hayır	28	3,67	*0,32*	
Grup	*Mezuniyet sonrası eğitim*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Evet***	8	3,86	*0,41*	*t: 1,434; p: 0,155*
	Hayır	99	3,70	*0,30*	
Hemşire (n=136)	***Evet***	8	3,73	*0,31*	*t: 1,077; p: 0,283*
	Hayır	128	3,60	*0,33*	

t: student t test

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı öğrenimleri sırasında bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da öğrenimleri sırasında bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı öğrenimleri sırasında alınan bilginin yeterlilik durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da öğrenimleri sırasında alınan bilginin yeterlilik durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 15: Hekimlere Göre Çocuk İhmali ve İstismarının Tanınması Aşamasında Bulunması Gereken Branşların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Branşlar*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*						*Test Değ; p*
		Evet			*Hayır*			
		n	*Ort*	*SD*	*n*	*Ort*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Acil Hekimi***	55	3,71	*0,30*	*52*	3,71	*0,33*	*t: 0,027; p: 0,978*
	Çocuk Hekimi	86	3,70	*0,30*	*21*	3,74	*0,36*	*t: 0,448; p: 0,655*
	Çocuk Hemşiresi	55	3,72	*0,31*	*52*	3,71	*0,32*	*t: 0,093; p: 0,926*
	Sosyal Hizmet Uzmanı	71	3,69	*0,32*	*36*	3,74	*0,29*	*t: 0,774; p: 0,441*
	Çocuk Psikiyatrisi	88	3,70	*0,30*	*19*	3,76	*0,37*	*t: 0,739; p: 0,461*
	Pedagog	48	3,74	*0,31*	*59*	3,68	*0,32*	*t: 0,850 p: 0,397*
	Ortopedist	26	3,69	*0,35*	*81*	3,72	*0,30*	*t: 0,406 p: 0,685*
	Adli Tıp Hekimi	74	3,73	*0,34*	*33*	3,65	*0,25*	*t: 1,249 p: 0,215*
	Çocuk Cerrahı	32	3,71	*0,35*	*74*	3,71	*0,30*	*t: 0,045 p: 0,964*
	Jinekolog	44	3,72	*0,32*	*63*	3,70	*0,31*	*t: 0,408 p: 0,684*
	Diğer	4^{+}	3,65	*0,18*	*132*	3,71	*0,32*	-

t: student t test $^{+}$*Olgu sayısı nedeni ile değerlendirme dışı bırakıldı*

❖ Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanınması aşamasında mutlaka bulunması gereken branşlara göre yapılan değerlendirmelerde; Acil hekimi, Çocuk hekimi, Çocuk Hemşiresi, Sosyal Hizmet Uzmanı; Çocuk Psikiyatrisi, Pedagog, Ortopedist, Adli Tıp Hekimi, Çocuk Cerrahı, Jinekolog ve Diğer branşlar olması gerekli

gören ve gerekli görmeyen olguların ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Tablo 16: Hemşirelere Göre Çocuk İhmali ve İstismarının Tanınması Aşamasında Bulunması Gereken Branşların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Branşlar*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*						*Test Değ; p*
		Evet			*Hayır*			
		n	*Ort*	*SD*	*n*	*Ort*	*SD*	
Hemşire (n=136)	***Acil Hekimi***	45	3,64	*0,34*	*91*	3,60	*0,33*	*t: 0,588; p: 0,558*
	Çocuk Hekimi	98	3,63	*0,29*	*38*	3,54	*0,41*	*t: 1,247; p: 0,218*
	Çocuk Hemşiresi	77	3,67	*0,32*	*59*	3,53	*0,34*	***t: 2,426; p: 0,017****
	Sosyal Hizmet Uzmanı	96	3,66	*0,35*	*40*	3,49	*0,26*	***t: 3,011; p:0,003****
	Çocuk Psikiyatrisi	121	3,63	*0,34*	*15*	3,42	*0,13*	***t: 4,659; p: 0,001****
	Pedagog	78	3,68	*0,34*	*58*	3,51	*0,30*	***t: 2,931 p: 0,004****
	Ortopedist	24	3,69	*0,28*	*112*	3,59	*0,34*	*t: 1,325 p: 0,188*
	Adli Tıp Hekimi	63	3,71	*0,32*	*73*	3,52	*0,33*	***t: 3,248 p: 0,001****
	Çocuk Cerrahı	30	3,75	*0,28*	*106*	3,57	*0,33*	***t: 2,777 p: 0,006****
	Jinekolog	48	3,72	*0,34*	*88*	3,55	*0,31*	***t: 2,895 p: 0,004****
	Diğer+	4	3,92	*0,40*	*132*	3,60	*0,33*	**-**

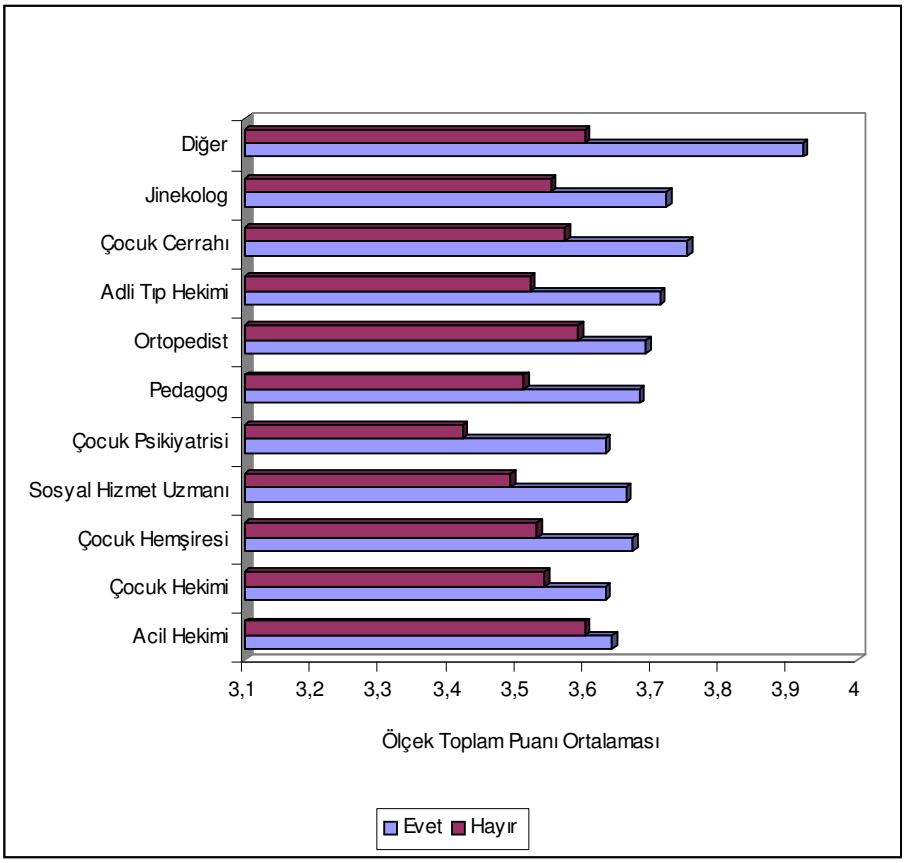
t: student t test *+Olgu sayısı nedeni ile değerlendirme dışı bırakıldı*

❖ Birden fazla yanıt verilmiştir.

* p<0,05 **p<0,01

Hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanınması aşamasında mutlaka bulunması gereken branşlara göre yapılan değerlendirmelerde; Acil hekimi,

Çocuk hekimi ve Ortopedist branşlar olması gerekli gören ve görmeyen olguların ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Çocuk Hemşiresi bulunmalı diyen olguların ölçek toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05); Sosyal Hizmet Uzmanı olmalı diyen hemşirelerin ölçek toplam puanı ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,01); Çocuk Psikiyatrisi bulunmalı diyen hemşirelerin ölçek toplam puanı anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,01); Pedagog, Adli Tıp Hekimi, Çocuk Cerrahı, Jinekolog bulunmalı diyen hemşirelerinde ölçek toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,01).



Grafik 4: Hemşirelerde Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanınması Aşamasında Bulunması Gereken Branşlara Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Tablo 16'da Hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin tanınması aşamasında bulunması gereken branşlara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo17: Gruplarda İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali Olgusu Veya Şüphesi İle Karşılaşma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Olgu ile karşılaşma durumu*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Evet***	56	3,70	*0,35*	*t: 0,455; p: 0,650*
	Hayır	50	3,73	*0,25*	
Hemşire (n=136)	***Evet***	41	3,67	*0,34*	*t: 1,431; p: 0,155*
	Hayır	95	3,58	*0,33*	

t: student t test

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi bir çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı da iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 18: Hekim ve Hemşirelerin İş Yaşamında Çocuk İstismarı ve İhmali Olgusu İle Karşılaşma Durumunda Zorlanılan Aşamalara Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Zorlanılan durum*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=56)	***Öykü alma***	20	3,61	*0,32*	***F: 1,173; p: 0,329***
	Fizik Muayene	2[+]	4,07	*0,54*	
	Kayıt	8	3,69	*0,27*	
	Yasal süreç	26	3,73	*0,39*	
Hemşire (n=41)	***Öykü alma***	12	3,52	*0,18*	***F: 2,059; p: 0,121***
	Fizik Muayene	10	3,61	*0,25*	
	Kayıt	3[+]	3,78	*0,38*	
	Yasal süreç	16	3,79	*0,41*	

F: Oneway Anova test [+] *Olgu sayısı nedeni ile değerlendirme dışı bırakılmıştır*

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında zorlanılan veya yetersiz kalınan durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında zorlanılan veya yetersiz kalınan durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 19: Hekim ve Hemşirelerde Çalıştıkları Kurumda Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Talimat/Prosedür Varlığına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Talimat/ Prosedür*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Evet***	9	3,81	*0,39*	***F: 1,039; p: 0,357***
	Hayır	63	3,72	*0,27*	
	Bilmiyorum	35	3,66	*0,36*	
Hemşire (n=136)	***Evet***	10	3,53	*0,12*	***F: 1,329; p: 0,268***
	Hayır	88	3,59	*0,35*	
	Bilmiyorum	38	3,68	*0,33*	

F: Oneway Anova test

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 20: Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Olgusu İle Karşılaşma Durumunda Bildirim de Bulunmaya Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı

Grup	*Bildirimde Bulunma*	*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı*			*Test Değ; p*
		n	*Ortalama*	*SD*	
Hekim (n=107)	***Evet***	102	3,70	*0,31*	***t: 0,517; p: 0,606***
	Hayır	5	3,78	*0,23*	
Hemşire (n=136)	***Evet***	125	3,59	*0,32*	***t: 2,232; p: 0,021****
	Hayır	11	3,83	*0,38*	

t: student t test **p<0,05*

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi bir çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda bildirimde bulunmaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda bildirimde bulunmaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05).

7. TARTIŞMA

7.1. Hekim ve Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

7.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri

Araştırma sonuçlarına göre, araştırma kapsamına giren hekimlerin %32,7'si erkek, %67,3'ü kadın olarak bulunurken, hemşire grubunun ise %100'ü kadın olarak bulunmuştur (Tablo 3). Hekim ve hemşire gruplarına göre cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,019$). Aslında bu durum beklenen bir durumdur, çünkü hemşirelerin tümü bayan, doktorların ise % 37,2'si erkektir (Tablo 6). Hekimlik mesleğinde erkek ve kadın üyelerin olmasına karşın, hemşirelik mesleğinin kadına yakıştırılması, toplumun erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerine tepki göstereceği şeklinde yorumlanmaktadır. Son yıllarda hemşirelik mesleğinde cinsiyetle ilgili pek çok değişiklikler olmasına rağmen, ulusal ve evrensel alanda hemşirelik çok küçük bir erkek yüzdesiyle bütünleşmiştir (11, 104).

Kocaer ve arkadaşlarının (77) yaptığı çalışmada hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin %96.4'ü ve hemşirelik yüksekokulu öğretim elemanlarının %100'ü meslekte erkek üyelerin yer almasının gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Savaşer ve arkadaşları (104), Bayık ve arkadaşları (24), Coşkun ve arkadaşları (38), ve Oktay ve arkadaşlarının (84) çalışmalarında da hemşireliğin yalnızca kadın mesleği olmadığı ve her iki cins tarafından yapılabilecek bir meslek olduğu belirtilmiştir .

Medeni duruma göre hekim grubunda %84,1 olgu evli, %15,9'u olgu bekar olarak bulunmuştur. Hemşirelerde ise %96,3'ü evli; %3,6'ü bekar olarak bulunmuştur (Tablo 3). Medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$); doktorların evli olma oranı hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 6). Bu farklılığın hekimlerin eğitimlerinin hemşirelere göre daha uzun olmasından dolayı daha geç yaşta evlenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin %95'i evli, %4.5'inin bekar olduğu bulunmuştur.

Hekim grubunu %78,5'i çocuk sahibi; hemşirelerin ise %93,4'ü çocuk sahibidir (Tablo 3). Çocuk durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$); hemşirelerin çocuk sayısı hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu farklılıkta hemşirelerin hekimlere göre daha erken evlenmelerinden kaynaklanmaktadır (Tablo 6). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin %95'i çocuk sahibi olarak bulunmuştur.

Yaş dağılımlarında hekimlerin %62,6'sı, hemşirelerin ise %61,8'i 36 - 45 yaş grubu arasında bulunmuştur (Tablo 3).Yaş dağılımları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Hekimlerde 46 yaş ve üzeri olgu, hemşirelere göre yüksek iken, hemşirelerde ise 25-35 yaş arası olgu sayısı hekimlere göre daha yüksektir (Tablo 6). Uysal (118)'ın çalışmasında da %46.3'ü 28-37 yaş arasında ve yaş ortalamaları 35.04 olarak bulunmuştur. Bahçecik (29)'in çalışmasın da da %59.2'si 25-35 yaş grubunda bulunmuştur.

Meslekte çalışma sürelerine göre dağılımlarında; hekimlerde 6 yıl ve üzeri çalışan %89,7 olgu mevcuttur. Hemşirelerde de 6 yıl ve üzeri çalışan olgu sayısı (%90,5) diğer gruplara oranla yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Meslekte çalışma sürelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 6). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin, %70.1'i 11 yıl ve daha uzun süredir meslekte çalışmaktadır.

Ana çocuk sağlığı ve aile merkezindeki çalışma sürelerine göre dağılımlarında hekimlerde ve hemşirelerde 6 yıl ve üzeri çalışan olgu sayısının çoğunlukta olduğu bulunmuştur (hekim: %56,1 – hemşire: %66,2) (Tablo 3). Ana ve çocuk sağlığı merkezinde çalışma sürelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 6). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin %6.0'ı 1 yıldan az süredir, %35.8'i 1-5 yıldır, %29.9'u 6-10 yıldır ve %28.3'ü 11 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır.

7.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Etkinlikleri ve Vakaların Tanılanması Aşamasında Mutlaka Olması Gerekliliğine İnanılan Branşlara Ait Görüşleri

Öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alım düzeyi sorulduğunda hekimlerin %48,6'sı, hemşirelerin ise %27,9'u bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Öğrenimleri sırasında alınan bilginin yeterliliği sorgulandığında, hekimlerin % 34,6'sı, hemşirelerin ise %26,3'ü aldıkları bilgiyi yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. (Tablo 4). Öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alım düzeyi hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Alınan bilginin yeterliliği konusunda hekim ve hemşire grubunun verdiği yanıt istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 6). Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmali adli tıp dersinin içinde entegre olarak yer alırken, hemşirelerde de çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin içinde entegre olarak yer almaktadır. Uysal (118) 'ın çalışmasında da hemşirelerin %23.9'u eğitimleri sırasında eğitim aldıklarını belirtirken, %76.9'u bu konuda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alanlar hekimlerde %7,5, hemşirelerde %5,9 olgu olarak bulunmuştur. Alınan sertifikalı eğitimin yeterliliği sorgulandığında ise; hekimlerde %7,5, hemşirelerde %5,9 olgu olarak bulunmuştur (Tablo 4). Uysal (118)'ın çalışmasında hemşirelerin %89.6'sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir konferans veya seminere katılmadıklarını, %10.4'ü de katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu veri bize öğrenim sonrasında sağlık personelinin mesleki eğitimlere katılımlarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.

Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gereken branşlar sorulduğunda hekimlerin %51,4'ü acil hekiminin, %80,4'ü çocuk hekiminin, %51,4'ü çocuk hemşiresinin, %66,4'ü sosyal hizmet uzmanının, %82,2'si çocuk psikiyatristinin, %44,9'u pedagoğun, % 24,3'ü ortopedistin, %69,2 adli tıp hekiminin , % 30,2'si çocuk cerrahının, %41,1'i jinekoloğun ve %3,7'si aile hekiminin olması gerekli şeklinde sıralamışlardır. Hemşireler ise %33,1'i acil hekiminin, %72,1'i

çocuk hekiminin, %56,6'sı çocuk hemşiresinin, %70,6'sı sosyal hizmet uzmanının, %89,0'u çocuk psikiyatristinin, %57,4'ü pedagogun, % 17,6'sı ortopedistin, %46,3'ü adli tıp hekiminin, % 22,1'i çocuk cerrahının, %35,3'ü jinekoloğun ve %2,9'u aile hekiminin olması gerektiği şeklinde sıralamışlardır (Tablo 4). Yapılan araştırmalarda da multidisipliner ekiplerin önemi üzerinde durulmuş, çocuk istismarının sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım ile çözümleneceği belirtilmiştir (102). Batı ülkelerinde çocuk hasta gören tüm hastanelerde çocuk istismarı izlem ekipleri vardır. Bu izlem ekipleri geliştirilmiş olan çocuk istismarı tanılama kriterlerinden de yararlanarak başvuran çocuklar arasında çocuk istismarı olgularını saptamakta ve olguların "Çocuk Koruma Servisleri'ne" bildirimini dolayısı ile gerektiği biçimde izlemini sağlamaktadırlar (49, 56, 65). İzmir'de eğitim hastanelerinde çocuk istismarının tanılanması ile ilgili yapılan bir araştırmanın sonucunda da; çocuk istismarı sürecini kesintiye uğratmamak için multidisipliner ekiplere gereksinim duyulduğu ve disiplinler arası etkileşimin olmadığı bir süreçte çocuk istismarı konusunda uygulanacak yaptırımların sonuçsuz kalacağı vurgulanmıştır (87).

7.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin İş Yaşamında Karşılaştıkları Durumlara Ait Görüşleri

İş yaşamı süresinde hekimlerin %52,8'i hemşirelerin ise %30,1'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda olgu ile karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 5). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin %28.4'ü istismar ve ihmal ile karşılaştığını belirtmiştir. İki çalışmada da hemşirelerin istismar ve ihmal ile karşılaşma yüzdeleri düşük düzeyde bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin hangi durumların istismar veya ihmale girdiğini belirleyememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hekimlerinde tanılayamadığı vakaların sebebi olarak öğrenimleri sırasında ve sonrasında konuya ilişkin yeterli düzeyde eğitim almaları düşünülmektedir. Altınsu (6)'yun çalışmasında da hemşirelerin mesleki yaşantılarında ihmal edilen çocukla karşılaşma oranı %51.8, istismar edilen çocukla karşılaşma oranı ise %38.4 olarak bulunmuştur.

İş yaşamında karşılaşılan vakaların tanılanmasında zorlandığını ve yetersiz kaldığını belirten hekimlerin % %47,4'ü, hemşirelerin de %40,9'u ilgili kurumlara rapor

etme/yasal süreç de sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5). Her iki grupta da ilgili kurumlara rapor etmede yetersiz kalınmasının yüksek yüzde ile bulunması, çocuk istismarı ve ihmalinin bildirimine yönelik yasal sürecin doğru olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmali tanılanması zor bir olgudur. Eğer multidisipliner bir yaklaşım sergilenmezse ve doğru tanılama kriterleri kullanılmaz ise gözden kaçan vaka sayısı gün geçtikçe artacaktır (81). Amerika'da sağlık bakım vericilerinin çocuk istismarını raporlamaları ile ilgili yapılmış olan bir çalışmada çocuk istismarı tanılama kriterleri geliştirilmiş ve bu kriterleri kullanma sonunda çocuk koruma merkezlerine yapılan bildirimlerin sayılarının arttığı gözlenmiştir (92).

Çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat / prosedür varlığı konusuna hekimlerin % 58,9'u, hemşirelerin de %65,2'si hayır şeklinde cevap vermiştir. Çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin talimat / prosedür varlığı sorusuna "evet" şeklinde cevap verenlere bu talimat / prosedürlerin yeterli olup olmadığı sorulduğunda ise; hekimlerin %75'i, hemşirelerin %77.8'i yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Hekim ve hemşire gruplarında talimat / prosedürlerin varlığı sorusuna "hayır" diye cevap veren kişi sayısının %50'den fazla olduğunun belirlenmesi bu konuda önemli düzeyde bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir (Tablo 5). Çünkü T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği'ne bakıldığında; "Madde 14: çocuk sağlığı konusunda, çocuk ruh sağlığı, ağız ve diş sağlığı, çocuk ihmali, hırpalanması ve istismarı gibi özel yaklaşım gerektiren durumlarla ilgili olarak, ilgili kurumlarla işbirliği yapmak" şeklinde istismar ve ihmale yer vermiştir. Yine aynı yönetmelikte çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının görevleri arasında; "Çocuk sağlığı unsurlarının bütününü kapsayacak biçimde ve özel risk gruplarını içeren çocukların (istismar ve ihmale uğramış çocuk) koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini planlamak ve uygulamak, merkezlerdeki psikolog ile işbirliği yaparak çocuk ruh sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti vermek" şeklinde istismar ve ihmale uğramış çocuklarla ilgili yapılması gerekenlere değinilmiştir (113).

Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında bildirim yapmayı düşünen hekimlerin oranı %95,3, hemşirelerin ise %92,7 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Altınsu (6)'yun çalışmasında da hemşireler istismar veya ihmal olguları ile karşılaştıklarında %84.4 oranında bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir. Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda bildirimin çok az sayıda yapıldığı ve konu ile ilgili vakaların gizli kaldığı bilinmekte olan bir gerçektir (110, 115). Çocuk İstismarı ve İhmalinin bildirim yükümlülüğü Türk Hukuk Sisteminde açık olarak bildirilmiştir. T.C.K. Madde 279'da Kamu görevlilerinin bildirim yükümlülüğü, Madde 280'de ise Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesinden bahsetmiştir (13).

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

MADDE 279. - (1) *Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (13).*

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 (13).*

Hekim ve hemşirelerin %90'ından fazlasının vaka ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirtmesi sevindirici bir gerçektir.

Çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile karşılaşıldığında bildirimde bulunur musunuz sorusuna "Hayır" şeklinde cevap verenlere bildirmeme nedenleri sorulduğunda; hekimlerin %60,0'ı yasal sürece ait bilgisinin olmadığını, %40,0'ı çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokuyor olmaktan korktuğundan bildirim yapmadığını belirtmiş, hemşirelerde ise %40,0'ı yasal sürece ait bilgisinin olmadığını, %30,0'u çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokuyor olmaktan korktuğundan, %30,0'u da şüpheler doğru çıkarsa çocuğu

ailesinden ayrılacağını düşündüğünden bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5). Uysal (118) 'ın çalışmasında da araştırmaya katılan hemşirelerin %10.5'i istismar ve ihmal ile karşılaştığında bildirimde bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Vakalarla karşılaştığını ifade eden grubu sadece %5.3'ü olayı adli vaka olarak bildirdiğini belirtmiştir. Altınsu (6)'yun yaptığı çalışmada da mesleki yaşamı boyunca istismar/ihmal edilmiş çocukla karşılaşanlar ile bunu rapor edeceğini bildirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Aynı çalışmada bildirmeme sebebi olarak; aile içi meselelere karışmama isteği, çocuğun rapor sonrası zarar göreceğini düşünme ve koruyucu kurumların yetersizliği belirtilmiştir (6). İsveç'te çocuk sağlığını koruma merkezlerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin farkındalıklarını belirlemek için yapılmış olan bir çalışmada bildirim yapmayanlara neden yapmadıkları sorulduğunda; mevcut sağlık sisteminden daha iyi olayı çözümlediğine inandıklarını, gerekli kanıt olmadığı için bildirimde bulunmadıklarını, konuya ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadıklarını, çocuğun şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma düşeceğini düşündüklerini ve kendisinden önce olayın rapor edilmiş olduğunu düşündüklerinden bildirim yapmadıkları belirlenmiştir (110). Crenshaw ve arkadaşlarının (39) yaptığı bir çalışmada eğitimcilerin çocuk istismarını bildirme durumları incelenmiş; rapor etmeyenlerinde sebeplerinden doğru karar verememe nedeninin büyük rol oynadığı görülmüştür. Eğitimcilerin zorunlu rapor etme yasalarından haberi vardır. Eğitimciler bu konuda etkili karar verme sürecinde sıkıntılar yaşadıklarını bildirmiş ve daha ayrıntılı bir eğitime gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

Stockholm'de yapılan bir çalışmada yasal olarak çocuk istismar ve ihmalini bildirmesi gereken sağlık bakım personelinin bu görevi etkin olarak yerine getirmediği belirlenmiştir. Stockholm'ün varoş semtlerindeki çocuk koruma merkezlerinde yapılan çalışmada şüpheli bulunan vakaların sadece %37'sinin bildiriminin yapılmıştır. Aynı çalışma, aynı bölgeye 5 yıl sonra tekrar yapılmış ve yapılan uyarılar ve alınan önlemlere rağmen, şüpheli vakaların ancak %43'ünün bildiriminin yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç karşısında bildirimin neden yapılmadığı araştırılmış ve sonuç olarak çocuk koruma merkezlerinin raporları sorgulama ve takip etme sürecinde aksaklıklar olduğu saptanmıştır (110).

Çocuk istismarı ve ihmali tanısı almış çocuk ve gençlerin rehabilite edileceği "Çocuk ve Gençlik Merkezleri" kurulmasını hekimlerin %100'ü, hemşirelerin ise %98,5'i desteklemişlerdir. Bu konu ile ilgili önerilerde bulunanların dağılımında ise hekimlerin, %15,0'i devlete bağlı olmalı, %30,0'u güvenilir rehabilitasyon merkezleri olmalı, %25,0 'i her ilçede ve kolay ulaşılabilir olmalı; %30,0'u hastanelerde eğitimli ekipler olmalı şeklinde sıralamış, hemşireler ise; %14,3'ü devlete bağlı olmalı, %42,9'u güvenilir rehabilitasyon merkezleri olmalı, %3,6'sı özellikle göç bölgelerinde olmalı, %28,6'sı her ilçede ve kolay ulaşılabilir olmalı, %10,7'si hastanelerde eğitimli ekipler olmalı şeklinde sıralamıştır (Tablo 5). Yapılan çalışmalar sonucunda "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi" için gerekli olan koruyucu ve önleyici çalışmaların planlanması, organize edilmesi ve uygulanması; özellikle cinsel, fiziksel ve ağır ihmal sonucu travmaya maruz kalan çocuklar ile bu çocukların ailelerine yönelik, 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek tedbirlerin alınmasının sağlanması; çocuktaki ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi tedavi ve rehabilite etmek amaçlı çalışmaların yürütülebileceği, yataklı ve ayakta rehabilitasyon hizmeti verebilecek, çocuk, aile ve topluma yönelik çalışmaların uygulamaya konacağı tam donanımlı ve gerektiğinde uzun süreli rehabilitasyon çalışmalarının yapılabileceği ve "Çocuk Koruma Merkezi" olarak tanımlayabileceğimiz bir "Çocuk ve Gençlik Merkezi" kurulması bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır. Çocuk ve gençlik merkezleri 24 saat çalışan içinde öncelikle "İlk Müdahale Ekibi" bulunan ve diğer alanında uzmanlaşmış multidisipliner ekiplerle işbirliği içinde çalışan bir organizasyondur. Çalışmamızda da hekim ve hemşirelerinde Çocuk ve Gençlik Merkezlerinin kurulması gerekliliği üzerinde durdukları görülmüştür. Bu merkezlere gelen vakaları iyi tanılamak ve gerekli kurumlara rapor etmek de önemli bir süreçtir (81).

Çalışmanın sonuçları ile ilgili bilgi edinmek isteme durumları incelendiğinde ise; hekimlerin %97.2'si, hemşirelerin ise %98.5'i çalışmanın sonuçlarından haberdar olmak istediklerini bildirmişlerdir (Tablo 5). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin %79.1'i çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin daha fazla bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. İsveç'te yapılmış olan bir çalışmada; hemşirelerin çocuk istismarı ve

ihmali ile özel olarak ilgilendiklerinde, çocuk koruma merkezlerine yaptıkları bildirimlerin daha fazla olduğu bulunmuştur (110).

7.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

7.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılanması Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Hekim ve Hemşirelerin ÇİİBRT ölçeği ortalama puanı 3,65±0,33 değerini almaktadır; **istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinin puan ortalaması** 3,86±0,38; **çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçeğinin puan ortalaması** 3,80±0,38; **ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinin puan ortalaması** 3,86±0,48; **istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeğinin puan ortalaması** 3,46±0,47; **istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinin puan ortalaması** 3,23±0,62; **istismar ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçeğinin puan ortalaması** 3,74±0,52'dir (Tablo 9). Her iki grubun ortalama puanlarını gösteren bu sonuçlara bakıldığında istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ve ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeklerinden en yüksek puanı aldıkları görülmüştür. Yine her iki grubun ortalama puanlarına bakıldığında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinden en düşük puan alındığı görülmektedir. Oysaki istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerini tanıyan sağlık personeli olası çocuk istismarı ve ihmali vakalarının oluşmasını önlemede çok önemli bir rol oynar.

7.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği toplam puanları hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10). Bu durum öğrenimleri sırasında bilgi alım düzeyleri ile ilgili olabilir.

Araştırmamızda öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alım düzeyi hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 6).

Genel ölçek puanından hekimler ortalama 3.92 alırken, hemşireler 3.74 puan almışlardır (Tablo 10). Uysal (118)'ın yaptığı çalışmada da hemşireler genel ölçek puanından 3.73 puan almışlardır. Çocuk istismarı ve ihmali tanılama ölçeğinden alınması istenen maximum değer 5.0 iken, her iki çalışmada da bu puana ulaşılamamıştır. Bu sonuç bize çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi açığının olduğunu göstermektedir. Lisans öğrenimleri sırasında konuya ilişkin aldıkları dersin saatlerinin uzatılması ve öğrenimleri sonrasında da kurs, seminer gibi eğitim faaliyetlerine katılmaları zorunlu tutularak bu bilgi eksikliği giderilebilir. Medyanın desteği sağlanarak televizyon ve gazete gibi araçların da desteği ile konuya ilişkin duyarlılık ve farkındalık geliştirilebilir. Bu sayede başta sağlık personelleri ve tüm halk konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olacaktır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği alt gruplarından olan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçek maddeleri ortalama puanları hekim grubunda hemşirelere göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 10). İstismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtilerinden hekimler 3,83±0,38 puan, hemşireler ise 3,77±0,37 puan almışlardır. Uysal (118)'ın çalışmasında ise hemşireler istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinden 3,82±0,38 puan almışlardır. Altınsu (6)'yun hemşireler üzerinde çocuk istismarı ve ihmalini tanıyabilmeleri ile ilgili yaptığı çalışmada; fiziksel istismar belirtilerinden en sık yumuşak doku yaralanmalarını (%70.5) ve iç organ yaralanmalarını (%58.9) tanıyabilmiş oldukları bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hemşireler fiziksel istismara ait soruların %85.7 oranında doğru olarak cevaplamıştır (6). Çocuk istismarı ve ihmalinde fiziksel belirtiler bize her zaman ayırıcı tanı sağlamamızda yol göstericidir. Çocuk istismarı tanısı koymada en önemli yaklaşım öncelikli olarak çocuk istismarından kuşkulanılmasıdır (31). Bazı durumlarda eldeki fiziksel bulgular bu kuşkuların istismar yönünde olduğu konusunda bize kesin bilgiler sağlar. Fiziksel istismarla oluşan ekimozlar, yumuşak doku hasarları, yanıklar, kemik, eklem, beyin ve göz hasarları, iç organlara ait hasarlar, zehirlenmeler ve gelişim geriliklerinin yanı sıra cinsel istismara ilişkin genital bölgede hasarların olması, erken

yaşta gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel kimlik sapmaları, istismarın fiziksel belirtilerindendir. İstismar ile ilgili alınan ayrıntılı öyküde bu belirtilerin üzerinde önemle durulması sağlık personellerinin olayı tanılamasında kolaylık sağlamaktadır (94).

İhmalin çocuk üzerindeki belirti puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05). Hekimler ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinden 3,54±0,39 puan alırken, hemşireler 3,41±0,52 puan almışlardır (Tablo 10). Uysal(118) 'ın çalışmasında da hemşireler ihmalin çocuk üzerindeki etkileri alt ölçeğinden 4,03±0,71 puan almışlardır. Fiziksel ihmal belirtileri olarak; çocuğun yeterli besin, barınak, giyecek, tıbbi bakım, eğitim veya fiziksel olarak güvenli bir ortam hazırlanmaması görülmekteyken, çocuğun sevilmemesi, ihtiyacı olan duygusal ilgi ve yakınlığı görememesi duygusal ihmal belirtileri olarak görülmektedir (2, 16). Cinsel ihmal belirtileri olarak ise çocuğun cinsiyetine uygun davranılmaması, cinsiyetine uygun giydirilmemesi sayılabilir (6). Altınsu (6)'yun çalışmasında hemşireler en çok cinsel ihmal belirtilerini (%65.2), ikinci olarak duygusal ihmal belirtilerini (54.5), üçüncü olarak da fiziksel ihmal belirtilerini (%43.8) tanıyabilmişlerdir. Çocuğun aşılarının yaptırılmaması da önemli bir tıbbi bakım ihmalidir. TNSA 2003'te 12-23 aylık bebeklerin %54'ünün önerilen aşıların tamamını olduğu, %3'ünün hiç aşı olmadığı ve geriye kalan kısmında aşılarını eksik yaptırdıkları saptanmıştır www.hipsihacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm_12k .

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirti puanları yine gruplara göre anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05). Çocuk istismarına ilişkin çocukların davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden hekimler ortalama 3,85±0,45, hemşireler ise 3,87±0,49 puan almışlardır (Tablo 10). Uysal'ın çalışmasında da çocuk istismarına ilişkin çocukların davranışsal belirtileri alt ölçeği maddelerinden hemşireler 3,92±0,39 puan almışlardır (117). Bizim çalışmamızda hekimler ve hemşireler en yüksek puan ortalamalarını bu alt ölçek grubundan almışlardır. Çocukların ilaç ve alkol kullanımı istismar ile direkt olarak ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda istismara uğramış olan çocukların çok çeşitli maddeler kullandıkları, erken yaşta madde kullanımına başladıkları ve çok sık olarak yaşadıkları kötü olayları kendi kendilerine çözüme

ulaştırmaya çalıştıkları saptanmıştır (62). Çakıcı(42)'nın "Çocuk İstismarının Madde Kullanımına Etkisi" isimli çalışmasında da sigara ve alkol kullanımı arttıkça istismara uğrama oranının da arttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada sigara ve alkole başlama yaşı ağır fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalanlarda daha fazla görülmüştür (42). İstismar çocuklarda okul başarısını da yakından etkilemektedir. Kars (71)'ın yaptığı çalışmada çocuk istismarı ve ihmalinin çocuğu yakından etkilediği ve başarısız öğrenciler arasında istismara maruz kalanların sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur. İstismar ve ihmale uğrayan bazı çocukların davranış kalıpları dikkat çekicidir. Uyku problemleri, aşırı irkilme, irritabilite görülmektedir. Yaşadığı travmatik olay sonucunda kişinin dünyaya bakış açısı değişir, onlara göre artık dünya güvenli bir yer değildir, erişkinler artık koruyucu olarak görülmezler. Bu çaresizlik hissini azaltabilmek ve kontrolü kazanabilmek için tüm travma kurbanları, kendilerini olaylardan dolayı suçlar bu da suçluluk hissine ve düşük benlik değerine yol açar (42).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddeleri puanları hekim olgularda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerine ilişkin alt ölçek maddelerinden hekimler 3,34±0,48 puan alırken, hemşireler 3,13±0,70 puan almışlardır (Tablo 10). Her iki grup da tüm alt ölçek maddeleri içinde en düşük puanı bu gruptan almışlardır. Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşireler bu grup alt ölçekten 3,41±0,47 puan almışlardır. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler, annenin yaşı, ebeveynlerin alkol kullanımı, eğitim düzeyinin düşük olması, yaşamlarında sosyal destek olmaması, annenin zor bir hamilelik geçirmesi ve zor bir doğum yapması gibi yüksek riskli ebeveynlilik fiziksel çocuk istismarı risk faktörlerindendir (45). Araştırmalara göre fiziksel ve mental sorunlara sahip ve öz saygıları düşük olan ebeveynlerin çocuklarını daha çok istismar ettikleri bulunmuştur. Yapılan bir araştırmaya göre bu özelliklere sahip annelerin %57'sinde ruhsal bunalımlar, %20'sinde ağır kişilik bozuklukları ortaya çıkmıştır. Annenin olgunlaşmamış bir kişiliğe sahip olması, çocukça davranışlar sergilemesi, sadece kendini düşünmesi, kendi çocukluk sürecini tamamlamamış olması istismara sebep olabilecek özelliklerdendir (89, 124). Browne (33), çocuklarını istismar eden ve etmeyen aileler üzerinde yaptığı çalışmada, ilaç ya da alkol bağımlılığına ilişkin geçmişi olan ailelerin %61.3'ünün, diğerlerinin ise %21.8'inin çocuklarını istismar veya ihmal

ettiğini saptamış, ilaç veya alkol bağımlılığı ile çocuk istismarı ve ihmali arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Altınsu (6), çalışmasında %79.5 oranında anne ve babadaki psikotik sorunların, %67 oranında tek ebeveynliliğin, %61.6 oranında eşler arası geçimsizliğin, %60.7 oranında ise genç yaşta ebeveynliliğin çocuk istismarı ve ihmaline yol açan aileye ait faktörlerden olduğunu saptamıştır.

İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddeleri puanları hekim olgularda hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,01$). İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimler ortalama 3,77±0,48, hemşireler ise 3,72±0,55 puan almışlardır (Tablo 10). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşireler istismara ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek maddelerinden ortalama 3,03±0,73 puan almışlardır. Uysal (118) 'ın çalışmasında hemşireler en düşük puanı bu alt ölçek maddelerinden almışlardır. Sidebotham ve arkadaşlarının (108) yaptığı bir çalışmada istismara uğramaya elverişli çocuklar ve özellikleri incelenmiştir. Çalışmada düşük doğum ağırlıklı, istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelen, gelişimsel ve mental problemleri olan, çok sık ağlayan ve hastalanan bebeklerin diğerlerinden daha çok istismara uğradığı tespit edilmiştir. Altınsu (6)'yun yaptığı çalışmada çocuk istismar ve ihmaline yol açan çocuğa ait faktörler incelendiğinde Sidebotham ve arkadaşlarının (108) yaptığı çalışmanın verilerine benzer veriler elde edilmiştir. Güç doğan, öğrenme engelli olan, fiziksel veya gelişimsel geriliği olan çocukların istismara uğrama olasılığı ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Bebeklerin istismara uğrama olasılığı diğer çocuklara göre çok daha fazladır. Sibert ve arkadaşlarının (107) yaptığı bir çalışmada 1 yaş altındaki bebeklerde istismarın görülme sıklığı araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre 1 yaş altındaki bebeklerde istismara uğrama oranı 1-4 yaş arasındakilere göre 6 kat daha fazla bulunmuş, 5-13 yaş arasındaki çocuklardan ise 120 kat daha fazla bulunmuştur. 1 Yaş altındaki bebeklerde daha çok kırıklar ve kafa travmaları görülür. Kaza sonucu oluşan kırıklar daha çok okul çağındaki çocuklarda görülürken, fiziksel istismar ile oluşan kırıklar sıklıkla 3 yaşının altında ve yoğun olarak 1 yaşının altındaki bebeklerde görülmektedir (4).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek maddeleri ortalama puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çocuk istismarı ve ihmaline

ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden hekimlerin aldığı puan ortalaması 3,71±0,31, hemşirelerin ise 3,61±0,33 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşireler çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden ortalama 4,05±0,59 puan almışlardır. Uysal (118)'ın çalışmasında hemşireler en yüksek puanı bu alt ölçek grubundan almışladır. Aile gelirinin düşüklüğü, kötü yaşam koşulları, babanın işsizliği, aile içindeki geçimsizlikler, tek ebeveynlilik çocuk istismarı ve ihmali riskini artırıcı faktörlerdendir (20, 86). Yapılan bir çalışmada çocuk koruma merkezlerine getirilen çocukların tek ebeveyn sahibi olmaları, ailenin düşük gelir sahibi olması, ailenin yapısı, hastalığın ciddiyeti sağlık personellerini çocuk istismarı ve ihmali konusunda şüphelendiren etkenler arasında bulunmuştur. Bu özellikleri taşıyan vakalar daha yakından incelemiş ve gerekli olanların bildirimleri yapılmıştır (117). Şirin ve Keleş (111)'in annelerin çocuklarını istismar etmesini etkileyen faktörlerin incelenmesi adlı çalışmalarında da; annelerin yaşı, gelir durumları, sahip olunan çocuk sayısı, anne ya da babanın çalışma durumu, annelerin eşleriyle olan ilişkileri açısından anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tercan (114)'ın çalışmasında da çocuklara fiziksel istismara uğramaları ile ailenin sosyo ekonomik durumu karşılaştırıldığında; üst sosyo ekonomik düzeye doğru çıkıldığında çocuğun istismara uğrama oranının azaldığı belirlenmiştir.

7.3. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo – Demografik Özellikleri ile Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanılanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Erkek hekimler çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeğinden ortalama 3,67±0,30 puan alırken, bayan hekimler 3,73±0,32 puan almışlardır. Hemşirelerin tümü bayan olduğundan cinsiyetlere göre değerlendirme yapılamamıştır (Tablo 11).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Evli hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı 3,69±0,31 olarak bulunurken, bekar hekimlerde 3,78±0,29 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Evli hemşireler çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanından ortalama 3,61±0,32 alırken, bekar hemşireler 3,33±0,48 puan almışlardır (Tablo 11).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Çocuk sahibi olan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı 3,69±0,29 olarak bulunurken, çocuk sahibi olmayan hekimlerin puan ortalamaları 3,78±0,37 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı da çocuk sahibi olma duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı 3,62±0,33 olarak bulunurken, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin puan ortalamaları 3,44±0,34 olarak bulunmuştur (Tablo 11). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin çocuk sayılarına göre ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0.05). Uysal (118)'ın çalışmasında 1 çocuk sahibi olan hemşireler puan ortalaması olarak 3,65±0,33 alırken, 2 ve daha fazla çocuk sahibi olan hemşireler ortalama olarak 3,76±0,32 puan almışlardır.

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Hekimlerde 25 yaş altında olgu bulunmamaktadır. 26 – 35 yaş grubundaki hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı 3,66±0,28 olarak bulunurken, 36 – 45 yaş grubu arasındakilerin 3,74±0,33, 46 – 55 yaş ve üzerindekilerin 3,68±0,28, olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı da yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanının yaş gruplarına

göre dağılımı; 25 yaş altı olgularda 3,42±0,32 olarak bulunmuş ama bu gruptaki vaka sayısı yeterli olmadığı için değerlendirme dışı bırakılmıştır. 26 – 35 yaş grubu arasındaki puan ortalaması 3,68±0,33, 36 - 45 yaş grubunda 3,59±0,33, 46 – 55 yaş üzerindekilerin 3,58±0,36 olarak bulunmuştur (Tablo 12). Uysal (118)'ın çalışmasında da hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı; 18 – 27 yaş grubunda 3,57±0,09, 28 – 37 yaş grubunda 3,72±0,05, 38 yaş ve üzerindeki grupta da 3,81±0,07 olarak saptanmıştır. Grupların bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (117).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı meslekte ve ana çocuk sağlığı merkezinde çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Konuya ilişkin tablo incelendiğinde (Tablo 13) hekimlerden 3 – 5 yıldır meslekte çalışanların ortalama puanlarının (3,76±0,27) diğer gruplardakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ana Çocuk Sağlığında çalışan hekimlerin puan ortalamalarına bakıldığında da 3 – 5 yıldır bu merkezlerde çalışan hekimlerin ortalama puanlarının (3,76±0,32) diğer gruplardan daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Meslekte çalışmasının ilk yıllarında olan kişilerin konuya ilişkin farkındalıklarının daha düşük olması, karşılaştıkları vakaların az sayıda olmasından dolayı bilgi puan ortalamaları düşük çıkmış olabilir. Meslekte ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde çalışma süresi 6 yılın üzerinde olan vakaların bilgi puan ortalamalarının 3 – 5 yıl da çalışanlardan daha az çıkmasının sebebi olarak ta mesleki bıkkınlıktan dolayı olabileceği düşünülebilir.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da meslekte ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde çalışma yıllarlına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Tablo 13'teki çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanları ile meslekte çalışma yıllarına bakıldığında en yüksek puanı 3 – 5 yıl arasında çalışan grubun aldığı (3,69±0,33) görülmektedir. Ana çocuk sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanları ve çalışma yıllarına bakıldığında ise 1 – 2 yıl arasında çalışanların (3,79±0,43) en yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 13). Uysal (118)'ın çalışmasında da meslekteki ve ana çocuk sağlığı merkezlerindeki çalışma süreleri 1-5 yıl arasında

olanların diğer gruptakilere oranla daha yüksek bulunmuştur. Her iki çalışmada da hemşirelerin meslekteki ve ana çocuk sağlığındaki çalışma sürelerinde ilk yıllardaki bilgi puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni olarak; mesleki bilgilerinin daha yeni olması, konuya ilişkin ilgilerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 14'te hekim ve hemşirelerin öğrenimleri sırasında konu ile ilgili bilgi alma, alınan bilginin yeterliliği ve mezuniyet sonrası eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama puanları karşılaştırılmıştır. Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı öğrenimleri sırasında bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hekimlerin %48,6'sı öğrenimleri sırasında konuya ilişkin bilgi aldıklarını, %7,5'i de mezuniyet sonrasında sertifikalı eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitimleri sırasında bilgi alanların %34,6'sı bunun yeterli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4). Eğitimleri sırasında alınan kısıtlı bilgi ve sonrasındaki eğitim faaliyetlerine katılımın az oluşu nedeniyle bu faaliyetlerin bilgi puan ortalamalarını çok etkilemesi beklenemez.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı da öğrenimleri sırasında bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı da mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 14). Hemşirelerin %27,9'u eğitimleri sırasında çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin içinde entegre olarak çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi almış,%5.9'u mezuniyet sonrası eğitim almıştır (Tablo 4). Uysal (118)'ın çalışmasında da okul öğrenimleri sırasında ve sonrasında çocuk istismarı ve ihmali ile bilgi almalarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (117). Bu durum

konuya ilişkin daha ayrıntılı bilgi içeren eğitim programlarına gereksinimi olduğunu göstermektedir. Sürekli yapılacak olan zorunlu hizmet içi eğitim programları ile mevcut olan bilgi düzeyini artırmada daha etkili olacaktır.

Hekimlere göre çocuk ihmali ve istismarının tanılanması aşamasında bulunması gereken branşların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı Tablo 15'te incelenmiştir. Tüm branşların ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ortalama puanlar birbirine çok yakın olmasına rağmen, en çok puanı Pedogog olmasını gerekli gören grup almıştır ($3,74\pm0,31$), en az puanı ise diğer grubunun (aile hekimi/pratisyen hekim) bulunmasını isteyenler almıştır ($3,65\pm 0,18$).

Hemşirelere göre çocuk ihmali ve istismarının tanılanması aşamasında bulunması gereken branşların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı Tablo 16 da incelenmiştir. Hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka bulunması gereken branşlara göre yapılan değerlendirmede; acil hekimi, çocuk hekimi ve ortopedist branşlarının olmasını gerekli gören ve görmeyen olguların ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Çocuk hemşiresi bulunmalı diyen olguların ölçek ortalama puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$); Sosyal hizmet uzmanı, çocuk psikiyatrisi, pedagog, adli tıp hekimi, çocuk cerrahı, jinekolog bulunmalı olmalı diyen hemşirelerin ölçek toplam puanı ileri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Hekim grubunda vakaların tanılanması aşamasında olması gereken branşlar ve ortalama bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, hemşire grubunda anlamlı farklılıkların olduğu branşlar çıkmıştır. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çocuk ve aile ilk olarak sağlık ekibinden hemşire ile karşılaşır. Hemşire tanılama yaparken aldığı öyküde çocuğun nelere ihtiyacı olduğunu belirler. Bulunduğu bu konumdan dolayı hemşire olayların farkına varma, önleyebilme yönünden avantajlı bir konumdadır. Hemşire öncü bilgileri aldıktan sonra olayı diğer sağlık disiplinindeki ekip arkadaşları ile paylaşır. Bu sebeplerden dolayı hemşire hekimlere göre tanılama aşamasında kimlerin olması gerektiği konusunda daha fazla bilgi sahibi olması beklenen bir sonuçtur.

Çocuk istismarı doğası gereği sadece belli bir grup uzmanın çalışmasından öte değişik disiplinlerdeki grupların bir arada çalışmasının gerektiren bir olgudur. Söz konusu disiplinler arasında gerekli diyalog ve iletişim olmadığı takdirde çocuk istismarı alanında uygulanması gereken yaptırımlar sonuçsuz kalabilmektedir. Bu bakımdan disiplinler arası iletişim ve işbirliği son derece önemlidir. İstismara uğrayan çocuk olguları geniş bir bakış açısı ile multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Konunun tıpsal, hukuksal ve psikososyal boyutlarının ayrıntılı değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (57, 58).

Gruplarda iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı tablo 17'de incelenmiştir. Hekimlerde ve hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Uysal (118)'ın çalışmasında da vakayla karşılaşma durumu ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18 'de hekim ve hemşirelerin iş yaşamında çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşma durumunda zorlanılan aşamalara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı incelenmiştir. Hekimlerde ve hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında zorlanılan veya yetersiz kalınan durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hekimlerde ve hemşirelerde en yüksek puanı yasal süreçlerde zorlandığını söyleyen gruplar almıştır. Hekimlerde yasal süreçlerde zorlandığını söyleyen grup ortalama olarak $3,73\pm0,39$ puan almış, hemşireler ise bu gruptan $3,79\pm0,41$ puan almışlardır. Yapılan bir çalışmada devlet hastanelerindeki pediatristlerin çocuk istismarı ve ihmali farkındalıkları incelenmiş ve katılımcıların %80'den daha fazlası olası istismar ve ihmal olguları ile ilgili yasal süreçte neler yapacaklarını bilmediklerinin belirtmişlerdir. Çalışmanın sonucunda da

hekimlere bu konuda eğitim verilmesi kararlaştırılmıştır (5). Öğretmenlerle yapılan başka bir çalışmada da öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmalini raporlama durumları incelenmiş; neden raporlamayı iyi yapamadıklarının nedenleri incelenmiştir. Sonuç olarak öğretmenlerin %73'ünün raporlama yapmadıkları, %11'inin 1 vaka ile karşılaştığı ama bildirim yapmayı başaramadığı, bildirim yapanların da ortalama 1 vaka raporlayabildikleri ortaya çıkmıştır. Raporlama yapmamalarının sebeplerine bakıldığında ise konuya ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıkları, yanlış raporlama korkularının olduğu, çocuk koruma merkezlerinin aileye ve çocuğa yardımcı olamayacağını düşündükleri ve fiziksel istismar belirtilerini iyi tanıyamadıkları ortaya çıkmıştır.

Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat / prosedür varlığına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı Tablo 19'da belirtilmiştir. Hekimlerin ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek ortalama puanı ile çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat / prosedür bulunması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Tablo 5'te de belirtildiği gibi hekimlerin ve hemşirelerin çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin talimat ve prosedürlerin varlığı durumuna "hayır yok" şeklinde cevapladıkları görülmüştür. Bu konuya ait kurum işleyişine hakim olmayan sağlık personelinin farkındalığının yüksek düzeyde olmaması şaşırtıcı değildir.

Tablo 20'de ise hekim ve hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşma durumunda geri bildirim yapabilmeye göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanlarının dağılımı gösterilmiştir. Hekimlerde ve hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek ortalama puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda geri bildirimde bulunmaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1 SONUÇ

Araştırmamız çocuk ihmal ve istismarının tanılanmasında önemli rolü olan koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin konuya ilişkin farkındalıklarını belirlemek amacı ile İstanbul'daki tüm Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Hekim ve Hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde;

Hekim ve hemşire grubuna göre cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,019$). Medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$). Doktorların evli olma oranı hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çocuk sahibi olma durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,01$), hemşirelerin çocuk sayısı hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksektir . Yaş dağılımları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Hekimlerde 46 yaş ve üzeri olgu sayısı hemşirelere göre yüksek iken, hemşirelerde ise 25-35 yaş arası olgu sayısı hekimlere göre daha yüksektir. Eğitim durumuna göre dağılımlarda, hekimlerin büyük çoğunluğu (% 92,5) lisans, hemşirelerin ise büyük çoğunluğu (% 58,1) ön lisans mezunu olarak bulunmuştur. Eğitim durumlarına göre her iki meslek grubunun eğitim düzeyleri farklı olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır. Meslekte çalışma sürelerine göre, ana ve çocuk sağlığı merkezinde çalışma sürelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alım düzeyi hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Alınan bilginin yeterliliği konusunda hekim ve hemşire grubunun verdiği yanıt istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

İstismarın ÇİİBRTÖ genel ölçek puan ortalaması 3,65±0,33'tür. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinin ortalama puanı 3,86±0,38, çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçeğinin ortalama puanı 3,80±0,38, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinin ortalama puanı 3,86±0,48, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeğinin ortalama puanı 3,46±0,47, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinin ortalama puanı 3,23±0,62, istismar ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçeğinin ortalama puanı 3,74±0,52 olarak bulunmuştur.

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği toplam puanları hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği alt gruplarından olan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puanları, istismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanları hekim grubunda hemşirelere göre anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirti puanları, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puanı hekim olgularda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçek puanı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hemşirelerin tümü bayan olduğundan cinsiyetlere göre değerlendirme yapılamamıştır.

Hekimlerde ve hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, yaş dağılımlarına, meslekte çalışma yıllarına, ana çocuk sağlığı merkezinde çalışma sürelerine, öğrenimleri sırasında bilgi alma durumuna, öğrenimleri sırasında alınan bilginin yeterlilik durumuna, mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alma durumuna, iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna, iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında zorlanılan veya yetersiz kalınan

durumlara, çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunması durumuna, iş yaşamı süresince herhangi bir çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda bildirimde bulunmaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hekimlerde çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanınması aşamasında mutlaka bulunması gereken branşlara göre yapılan değerlendirmelerde olması gerekli görülen ve gerekli görülmeyen branşların ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanınması aşamasında mutlaka bulunması gereken branşlara göre yapılan değerlendirmelerde; acil hekimi, çocuk hekimi ve ortopedist branşları olması gerekli gören ve görmeyen olguların ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Çocuk hemşiresi bulunmalı diyen olguların ölçek toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal hizmet uzmanı, çocuk psikiyatrisi, pedagog olmalı diyen hemşirelerin ölçek toplam puanı ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Adli tıp hekimi, çocuk cerrahı, jinekolog bulunmalı diyen hemşirelerinde ölçek toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,01$).

8.2. ÖNERİLER

Çocuk istismarı ve ihmali insanlık tarihinin başlamasıyla birlikte var olan bir sorun olmasına karşın, bir sağlık sorunu olarak algılanması ve buna yönelik girişimlerde bulunulmasının son yüz yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali ilk tanılanmaya başlandığında yaklaşımlar daha çok tedavisi üzerinde yoğunlaşmış, üçüncül derecede hizmet veren sağlık kuruluşları konuya eğilmiştir. Oysaki son yıllarda çocuk istismarı ve ihmalini önlemeye yönelik çalışmalar artmış ve birinci derecede sağlık hizmeti veren kuruluşlara ve burada çalışan sağlık personeline önemli rol ve sorumluluklar düşmüştür. Yapmış olduğumuz çalışmanın verileri ışığında çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanılanması ve müdahale edilmesinde geliştirilmesi gerekli olan sağlık personeli farkındalığı için aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Özellikle koruyucu sağlık hizmeti veren Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışan hekim ve hemşireler risk grubundaki çocuk ve ailelerin tanılanması açısından kilit konumundaki bireylerdir. Hekim ve hemşirelerin çocuk ve aileyi tanıyabilmesi için çocuk ve aile hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu kapsamlı bilgiyi daha lisans öğrenimleri sırasında almış olmaları halinde hizmet vermeye başladıkları andan itibaren erken tanı ve müdahalede çok etkin bir role sahip olacaklardır. Tüm bu sebepler ışığı altında hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını geliştirmek için öğrenimleri sırasında daha ayrıntılı bir eğitim sürecinden geçmeleri gerekmektedir.

Birincil derecede hizmet verici kuruluş olan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde erken tanı ve tedavide etkili rol alacak hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını geliştirecek eğitim faaliyetlerine katılmaları kurumları tarafından desteklenmeli ve zorunlu kılınmalıdır. Yapılacak olan bu eğitim faaliyetleri hizmet içi eğitim şeklinde ve sürekli yapılarak çalışan tüm personelin faydalanması sağlanmalıdır.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde multidisipliner ekipler tarafından geliştirilmiş olan çocuk istismarı ve ihmali tanılama formları olmalı ve bu formlar risk altındaki çocuklar için doldurulup, izlemi yapılmalıdır.

Sağlık alanında çalışan tüm personelin konuya ilişkin hukuki ve yasal boyutu bilmesi (konuya ilişkin yasalar, yasal yaptırımlar, uygulanması gerekli olan yasal süreç, konuya ilişkin rehabilitasyon kuruluşları, bu kuruluşlarla nasıl iletişime geçileceği vb.) zorunlu kılınmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarının vereceği halk sağlığı hizmetlerinde riskli aile (tek ebeveyn, genç anne-baba, düşük sosyo-ekonomik düzey gibi), risk altındaki çocuk (mental problemli, kronik hastalığı olan, prematüre olan) sık sık izlenmelidir. Ailenin çocukla sağlıklı iletişim kurabilmesi için gerekli sosyal destek

sağlanmalıdır. Çocuğun doğumundan önce belirlenen riskli aileler doğumdan sonrada yakından izlenerek çocuğun fiziksel, ruhsal, sosyal gelişimi için desteklenmelidir.

Çocuk istismarı ve ihmali süreci sadece belli bir grup uzmanın çalışmasından öte değişik disiplinlerdeki grupların bir arada çalışmasını gerektiren bir olgudur. Disiplinler arası gerekli iletişim ve işbirliği sağlanmadığı takdirde çocuk istismarı alanında olması gereken yaptırımlar sonuçsuz kalabilmektedir. Bu bakımdan disiplinler arası iletişim ve işbirliği son derece önemlidir. İstismara uğramış çocuk olguları geniş bir bakış açısı ile multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Tüm bu bilgiler ışığı altında multidisipliner bir yaklaşımla ilgili profesyonellerce kurulacak ekipler sayesinde soruna uygun bir yaklaşım sergilenebilir.

Birinci derecede hizmet veren sağlık kuruluşunda çalışan sağlık personeli çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olarak toplumu bilinçlendirmede de görev almalıdır. Bunun için çevredeki okullarda çalışan öğretmenlere, okul sağlığı hemşirelerine eğitim faaliyetleri düzenleyerek konuya ilişkin farkındalık artırmalıdır.

Çocuğun olası bir istismar ve ihmal durumu ile karşılaştığında hizmet alabileceği "Çocuk Koruma Merkezleri" kurulabilir. Bu merkezlerdeki multidisipliner ekipler ile yapılacak ilk müdahale ile sorunlar daha fazla büyümeden çözüme ulaştırılabilir.

Medyanın ve kitle iletişim araçlarının toplum üzerindeki etkileri göz önüne alınarak konunun önemi anlatılabilir, davranış değiştirme yönünde ailelere rehberlik yapıp kısa çözüm önerileri getirilebilir.

9. EKLER

EK 1.

Değerli Katılımcı;

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmaya yönelik olarak dolduracağınız ankette kimliğinizi ortaya çıkartacak sorular bulunmamaktadır. Vereceğiniz yanıtlar bireysel olarak değil, diğer yanıtlar ile birlikte değerlendirilecek ve araştırmacı haricinde kimse tarafından bilinmeyecektir. Bu anket sınav değildir. Önemli olan sizin şahsi düşüncenizdir.
Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire
Ümmühan KOCAER

TANITICI BİLGİ FORMU

1. İlçe.....

2. Cinsiyetiniz

Erkek ( ) Kadın ( )

3. Medeni Durumunuz

Evli ( ) Bekar ( ) Diğer ( )

4. Çocuğunuz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

5. Yaşınız.....

6. Mezun olduğunuz okul;

( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Lisans

( ) Önlisans ( ) Diğer.....

7. Mesleğinizdeki çalışma süreniz;

( ) 1 yıldan az

( ) 1-2 yıl

( ) 3-5 yıl

( ) 6 yıl ve üzeri

8. Ana-çocuk sağlığı merkezindeki çalışma süreniz;

( ) 1 yıldan az

( ) 1-2 yıl

( ) 3-5 yıl

( ) 6 yıl ve üzeri

9. Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

10. Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet ( ) Hayır ( )

11. Mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

12. Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet ( ) Hayır ( )

13. Aşağıdaki branşlardan hangisi ya da hangilerinin çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gerekmektedir.

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Acil Hekimi ( )	Çocuk Psikiyatristi ( )	Adli Tıp Hekimi ( )
Çocuk Hekimi ( )	Pedagog ( )	Çocuk Cerrahı ( )
Çocuk Hemşiresi ( )	Ortopedist ( )	Jinekolog ( )
Sosyal Hizmet Uzmanı ( )		Diğer ( )

14. İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

15. İş yaşamınız süresince herhangi bir istismar/ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız

ise hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?

( ) Öykü alma

( ) Fizik Muayene

( ) Kayıt

( ) İlgili Kurumlara Rapor Etme / Yasal Süreç

( ) Diğer.....

16. Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat / prosedür var mı?

Evet ( ) Hayır ( ) ( ) Bilmiyorum

17. Varsa yeterli mi?

Evet ( ) Hayır ( )

18. Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

Evet ( ) Hayır ( )

19. Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

a. Sosyal servislerin konuyla ilgilenmiyeceğini düşündüğüm için.
b. Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için.
c. Konu ile uğraşmak istemediğim için.
d. Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için.
e. Çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacağımdan korktuğum için.
f. Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.
g. Şüpheler doğru çıkarsa, çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için.
h. Diğer.....

20. Sizce çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan ve/veya tanısı alan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmalı mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Konu ile ilgili düşünce ve önerileriniz.....

21. Yapılan çalışmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek istermisiniz?

Evet ( ) Hayır ( )

EK 2
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı 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.						
	16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.						
	17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.						
	18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.						
	19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.						
	20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.						
	21.	Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.						
	22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.						
	23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.						
	24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.						
	25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.						

	26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.						
	27.	Çocukta yeme bozuklukları,huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.						
	28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.						
	29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiper aktif davranışlar gösterebilirler.						
	30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.						
	31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.						
	32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.						
	33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.						
	34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.						
	35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.						
	36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.						
	37.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.						
	38.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.						
	39.	İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.						
	40.	İstismar ve İhmale 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 ihmaline yol açan önemli bir etmendir.						
	45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.						
	46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.						
	47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.						
	48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.						
	49.	Ebeynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.						
	50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.						
	51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.						
	52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.						
	53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.						
	54.	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.						
	55.	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.						

	56.	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.						
	57.	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.						
	58.	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkendir.						
	59.	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.						
	60.	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.						
	61.	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.						
	62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.						
	63.	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.						
	64.	Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.						
	65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendri.						
	66.	Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.						
	67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, analatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.						

EK 3.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Adres	Telefon	Fax
Ambarlı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Marmara Cd. Avcılar/İstanbul	0212 591 2044	0212 509 89 76
75. Yıl Bağcılar Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Kirazlı Mh. Bağcılar/İstanbul	0212 634 91 34	0212 630 68 68
Yenibosna Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Dikmen Sk. No:1 Bahçelievler/Istanbul	021263995 55	0212 639 9723
Bakırköy Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Fişekhane Cd. Milliyetçi Sk. No:1 Bakırköy/İstanbul	0212 57008 95	
Yıldırım Mahallesi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Emel 5k. No:19 Bayrampaşa/İstanbul	0212 545 67 67	0212 615 95 95
Sait Çiftçi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Dereboyu Cd. Kırmızı Sk. No:4 Ortaköy Beşiktaş/İstanbul	0212 261 44 00	0212 327 30 50
Kanlıca Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Çubuklu Cd. No:1 Beykoz/Istanbul	0216 331 00 21	02164136104
Esenyurt Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Yenikent Mh Büyükçekmece/istanbul	0212 620 35 45	0212 620 27 27
Çatalca Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Yenikent Mh. Çatalca/istanbul	0212 789 10 55	0212 789 11 06
100. Yıl Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Atışalanı Turgut Reis Mh. Esenler/İstanbul	0212 431 20 31	0212 431 20 31
Esenler Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Karabayır Mh. Esenler/İstanbul	0212 431 66 71	0212 431 66 71
Alibeyköy Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Akşemsettin Mh. Alperen Cd. No:41 Eyüp/Istanbul	0212 626 25 25	0212 626 25 25
Rami Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Reşadiye 5k. No:1 Eyüp/istanbul	0212 578 04 53	0212 578 13 99
Çapa Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Çapa Tıp. Fakültesi Cd. Fatih/İstanbul	0212 523 50 51	0212 631 70 22
Zübeyde H. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Gazi Mh. 1295. Sk. Gaziosmanpaşa/İstanbul	0212 53649 03	0212 650 82 04
Güngören Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Doğanbey Cd. Mezarlık Yanı Güngören/Istanbul	0212 610 59 08	0212 610 59 07
Kadıköy Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Sütlüçeşme Mh. Disp. Sk. Kadıköy/İstanbul	0216 336 06 39	0216 347 00 55
Gültepe Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Disparser Cd. No:9 Kağıthane/İstanbul	0212 264 57 52	0212 270 35 10
Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Darülaceze Cd. No:24 Kağıthane/İstanbul	0212 221 77 05	0212 221 77 07
Ömektepe Ana Çocuk Sağlığı ve	Örnektepe Mh. Kağıttıane/Istanbul	0212 320 54 64	

Aile Planlama Merkezi			
Kartal Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Kızılay Bulvarı Toprakyol Kartal/İstanbul	0216 473 44 39	0216 473 44 39
Ahmet Ermiş Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Tevfıkbey Mh. Küçükçekmece/İstanbul	0212 471 46 62	0212 471 46 61
Tepeüstü Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Inönü Cd. Küçükçekmece/İstanbul	0212 579 13 17	0212 424 50 20
Küçükyalı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Karayolları Cd. Sağlık 5k. No:1 Maltepe/İstanbul	021641768 69	0216 489 15 59
Pendik Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Tavşantepe Mevkii Pendik/İstanbul	0216 354 16 58	0216 354 28 07
Tarabya Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Kefeliköyü Cd. No:184 Sarıyer/İstanbul	0212 262 08 58	0212 262 08 58
Silivri Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Ali Çetinkaya Cd. Silivri/Istanbul	0212 727 10 19	0212 728 44 54
Sultanbeyli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Vahdet Cad. Pelit Sok. No:15 Sultanbeyli/Istanbul	0216 592 64 65	0216 592 64 65
Şile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Üsküdar Cd. No: 184 Şile/İstanbul	0216 712 12 59	0216 712 12 60
Alemdağ Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Alemdar Köyü Okul Sk. Ümraniye/İstanbul	0216 312 55 82	0216 429 85 69
Ümraniye Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Alemdağ Cd. Son Durak No:37 Ümraniye/İstanbul	0216 335 17 42	0216 316 14 44
Örnek Mah Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	6. 5k. No:18 Üsküdar/İstanbul	0216 324 90 38	0216 324 27 35
Üsküdar Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	Selami Ali Elif Cd. 37 Üsküdar/İstanbul	0216 334 82 32	0216 334 82 33
Zeytinburnu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi	112. Sk. Zeytinburnu/Istanbul	0212 582 50 12	0212 582 62 02

Ek:4

Ek 4.1. Tablo 7 : Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ		HEKİM									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	56	52,3	48	44,9	2	1,9	-	-	1	0,9
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	31	29,0	49	45,8	15	14,0	12	11,2	-	-
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	8	7,5	19	17,9	13	12,3	33	31,1	33	31,1
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	9	8,4	28	26,2	44	41,1	22	20,6	4	3,7
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha uygun görülür.	12	11,2	38	35,5	37	34,6	16	15,0	4	3,7
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	24	22,4	58	54,2	19	17,8	3	2,8	2	1,9
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	40	37,4	53	49,5	11	10,3	2	0,9	1	0,9
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	3	2,8	18	16,8	38	35,5	36	33,6	12	11,2
9	Tek bir kırık ve yanısıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	31	29,0	54	50,5	14	13,1	7	6,5	1	0,9
10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	2	1,9	2	1,9	28	26,2	48	44,9	27	25,2
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	28	26,2	51	47,7	20	18,7	5	4,7	3	2,8
12	Intrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	-	-	4	3,7	16	15,0	60	56,1	27	25,2
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	-	-	48	44,9	52	48,6	5	4,7	2	1,9
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	**3**	**2,8**	**10**	**9,3**	**30**	**28,0**	**47**	**43,9**	**17**	**15,9**
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	**1**	**0,9**	**1**	**0,9**	**9**	**8,4**	**47**	**43,9**	**49**	**45,8**

Ek 4. 1. 'in Devamı

		HEKİM									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	2	1,9	1	0,9	20	18,7	37	34,6	47	43,9
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	19	17,8	41	38,3	23	21,5	21	19,6	3	2,8
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	62	57,9	43	40,2	1	0,9	1	0,9	-	-
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	59	55,1	41	38,3	7	6,5	-	-	-	-
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	57	53,3	38	35,5	11	10,3	1	0,9	-	-
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	24	22,4	46	43,0	10	9,3	24	22,4	3	2,8
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	37	34,6	54	50,5	7	6,5	9	8,4	-	-
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	42	39,3	49	45,8	11	10,3	5	4,7	-	-
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	17	15,9	49	45,8	29	27,1	12	11,2	-	-
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetimin olmaması ihmaldir.	22	20,6	64	59,8	11	10,3	8	7,5	2	1,9
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	41	38,3	59	55,1	5	4,7	2	1,9	-	-
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	2	1,9	12	11,2	33	30,8	50	46,7	10	9,3
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	1	0,9	6	5,6	12	11,2	34	31,8	54	50,5
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	10	9,3	33	30,8	39	36,4	21	19,6	4	3,7
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	71	66,4	33	30,8	1	0,9	1	0,9	1	0,9
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	2	1,9	1	0,9	6	5,6	55	51,4	43	40,2
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	34	31,8	35	32,7	29	27,1	8	7,5	1	0,9
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar ve ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	17	15,9	51	47,7	22	20,6	17	15,9	-	-
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	-	-	7	6,5	42	39,3	36	33,6	22	20,6
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	23	21,5	59	55,1	24	22,4	1	0,9	-	-

Ek 4.1.'in Devamı

		HEKİM									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	25	23,4	62	57,9	17	15,9	2	1,9	1	0,9
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	9	8,4	47	43,9	40	37,4	9	8,4	2	1,9
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	17	15,9	69	64,5	19	17,8	1	0,9	1	0,9
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	13	12,1	50	46,7	40	37,4	3	2,8	1	0,9
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	33	30,8	69	64,5	4	3,7	1	0,9	-	-
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	5	4,7	10	9,3	18	16,8	53	49,5	21	19,6
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	5	4,7	25	23,4	38	35,5	28	26,2	11	10,3
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	5	4,7	38	35,5	44	41,1	20	18,7	-	-
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	17	15,9	61	57,0	25	23,4	4	3,7	-	-
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	9	8,4	55	51,4	27	25,2	16	15,0	-	-
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.	2	1,9	6	5,6	27	25,2	53	49,5	19	17,8
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	11	10,3	66	61,7	24	22,4	6	5,6	-	-
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	52	48,6	54	50,5	-	-	-	-	1	0,9
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez	6	5,6	10	9,3	7	6,5	36	33,6	48	44,9
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını dah fazla istismar ve ihmal ederler.	11	10,3	35	32,7	31	29,0	28	26,2	2	1,9
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	15	14,0	38	35,5	35	32,7	15	14,0	4	3,7
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	6	5,6	22	20,6	30	28,0	33	30,8	16	15,0
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	6	5,6	42	39,3	37	34,6	18	16,8	4	3,7

Ek 4.1.'in Devamı

		HEKİM									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
54	**Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.**	6	5,6	18	16,8	13	12,1	43	40,2	27	25,2
55	**Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.**	2	1,9	12	11,2	46	43,0	39	36,4	8	7,5
56	**Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.**	13	12,1	25	23,4	43	40,2	21	19,6	5	4,7
57	**Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.**	20	18,7	68	63,6	14	13,1	4	3,7	1	0,9
58	**Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkendir.**	13	12,1	60	56,1	20	18,7	12	11,2	2	1,9
59	**Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.**	1	0,9	10	9,3	30	28,0	46	43,0	20	18,7
60	**Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.**	16	15,0	40	37,4	36	33,6	12	11,2	3	2,8
61	**Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.**	2	1,9	21	19,6	33	30,8	34	31,8	17	15,9
62	**Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.**	14	13,1	52	48,6	23	21,5	17	15,9	1	0,9
63	**Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.**	1	0,9	3	2,8	17	15,9	55	51,4	31	29,0
64	**Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.**	24	22,4	72	67,3	8	7,5	2	1,9	1	0,9
65	**Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.**	27	25,2	56	52,3	15	14,0	6	5,6	3	2,8
66	**Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.**	10	9,3	32	29,9	41	38,3	21	19,6	3	2,8
67	**Yaralanma, kırk gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.**	52	48,6	52	48,6	2	1,9	1	0,9	-	-

Ek:4

Ek 4.2. Tablo 8 : Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

		HEMŞİRE									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	85	62,5	39	28,7	2	1,5	6	4,4	4	2,9
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	52	38,2	43	31,6	25	18,4	13	9,6	3	2,2
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	29	21,3	25	18,4	27	19,9	27	19,9	28	20,6
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	18	13,2	13	9,6	55	40,4	35	25,7	15	11,0
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha uygun görülür.	28	20,6	24	17,6	50	36,8	29	21,3	5	3,7
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	50	36,8	58	42,6	18	13,2	8	5,9	2	1,5
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	48	35,3	51	37,5	25	18,4	10	7,4	2	1,5
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	13	9,6	27	19,9	44	32,4	38	27,9	14	10,3
9	Tek bir kırık ve yanısıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	41	30,1	33	24,3	35	25,7	22	16,2	5	3,7
10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	36	26,5	51	37,5	44	32,4	1	0,7	4	2,9
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	46	33,8	52	38,2	29	21,3	8	5,9	1	0,7
12	Intrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	12	8,8	11	8,1	23	16,9	62	45,6	28	20,6
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	63	46,3	49	36,0	14	10,3	9	6,6	1	0,7
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	16	11,8	23	16,9	27	19,9	48	35,3	22	16,2
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	3	2,2	5	3,7	7	5,1	44	32,4	77	56,6

Ek 4.2.'nin Devamı

		HEMŞİRE									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	4	2,9	5	3,7	27	19,9	43	31,6	57	41,9
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	24	17,6	33	24,3	31	22,8	34	25,0	14	10,3
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	80	58,8	50	36,8	3	2,2	3	2,2	-	-
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	80	58,8	37	27,2	16	11,8	2	1,5	1	0,7
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	67	49,3	61	44,9	5	3,7	3	2,2	-	-
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	34	25,0	31	22,8	27	19,9	34	25,0	10	7,4
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	59	43,4	56	41,2	8	5,9	13	9,6	-	-
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	71	52,2	49	36,0	8	5,9	8	5,9	-	-
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	38	27,9	51	37,5	26	19,1	19	14,0	2	1,5
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetimin olmaması ihmaldir.	47	34,6	49	36,0	22	16,2	16	11,8	2	1,5
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	72	52,9	54	39,7	7	5,1	2	1,5	1	0,7
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	16	11,8	27	19,9	32	23,5	49	36,0	12	8,8
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	1	0,7	5	3,7	38	27,9	29	21,3	63	46,3
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	16	11,8	30	22,1	38	27,9	38	27,9	14	10,3
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	2	1,5	2	1,5	5	3,7	33	24,3	94	69,1
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	3	2,2	6	4,4	7	5,1	58	42,6	62	45,6
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	40	29,4	49	36,0	40	29,4	5	3,7	2	1,5
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar ve ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	28	20,6	47	34,6	37	27,2	17	12,5	7	5,1
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	8	5,9	5	3,7	47	34,6	45	33,1	31	22,8
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	53	39,0	63	46,3	15	11,0	4	2,9	1	0,7
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	46	33,8	56	41,2	29	21,3	5	3,7	-	-

Ek 4.2.'nin Devamı

		HEMŞİRE									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	31	22,8	46	33,8	38	27,9	20	14,7	1	0,7
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	42	30,9	60	44,1	25	18,4	7	5,1	2	1,5
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	29	21,3	45	33,1	49	36,0	10	7,4	3	2,2
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	47	34,6	79	58,1	5	3,7	4	2,9	1	0,7
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	12	8,8	24	17,6	22	16,2	53	39,0	25	18,4
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	20	14,7	37	27,2	33	24,3	35	25,7	11	8,1
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	12	8,8	25	18,4	60	44,1	35	25,7	4	2,9
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	26	19,1	58	42,6	41	30,1	9	6,6	2	1,5
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	25	18,4	46	33,8	49	36,0	8	5,9	8	5,9
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.	10	7,4	16	11,8	21	15,4	58	42,6	31	22,8
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	30	22,1	57	41,9	27	19,9	15	11,0	7	5,1
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	76	55,9	44	32,4	7	5,1	7	5,1	2	1,5
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez	17	12,5	14	10,3	22	16,2	45	33,1	37	27,2
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını dah fazla istismar ve ihmal ederler.	14	10,3	35	25,7	28	20,6	43	31,6	16	11,8
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	24	17,6	31	22,8	30	22,1	36	26,5	15	11,0
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	28	20,6	32	23,5	21	15,4	41	30,1	14	10,3
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	13	9,6	35	25,7	32	23,5	37	27,2	19	14,0

Ek 4.2.'nin Devamı

		HEMŞİRE									
		Çok doğru		Oldukça doğru		Kararsızım		Pek doğru değil		Hiç doğru değil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
54	**Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.**	7	5,1	15	11,0	22	16,2	56	41,2	36	26,5
55	**Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.**	8	5,9	19	14,0	25	18,4	53	39,0	31	22,8
56	**Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.**	50	36,8	28	20,6	19	14,0	27	19,9	12	8,8
57	**Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.**	41	30,1	60	44,1	14	10,3	18	13,2	3	2,2
58	**Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkendir.**	30	22,1	46	33,8	17	12,5	30	22,1	13	9,6
59	**Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.**	11	8,1	17	12,5	17	12,5	59	43,4	32	23,5
60	**Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.**	32	23,5	49	36,0	27	19,9	21	15,4	7	5,1
61	**Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.**	23	16,9	22	16,2	32	23,5	42	30,9	17	12,5
62	**Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.**	30	22,1	54	39,7	22	16,2	20	14,7	10	7,4
63	**Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.**	2	1,5	3	2,2	13	9,6	58	42,6	60	44,1
64	**Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.**	50	36,8	64	47,1	9	6,6	12	8,8	1	0,7
65	**Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.**	59	43,4	50	36,8	19	14,0	7	5,1	1	0,7
66	**Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.**	11	8,1	34	25,0	36	26,5	50	36,8	5	3,7
67	**Yaralanma, kırk gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.**	59	43,4	51	37,5	14	10,3	9	6,6	3	2,2

EK 5.

4.6. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismar ve İhmalinin Yeri

4.6.1. Medeni Kanuna Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması

Kişiliğin Başlangıcı ve Sonu
Doğum ve ölüm

MADDE 28.- Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer.

Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder (90).

Çocuk ile kişisel ilişki

MADDE 323.- Ana ve babadan her biri, velâyeti altında bulunmayan veya kendisine bırakılmayan çocuk ile uygun kişisel ilişki kurulmasını isteme hakkına sahiptir.

MADDE 324.- Ana ve babadan her biri, diğerinin çocuk ile kişisel ilişkisini zedelemekten, çocuğun eğitilmesi ve yetiştirilmesini engellemekten kaçınmakla yükümlüdür.

Kişisel ilişki sebebiyle çocuğun huzuru tehlikeye girer veya ana ve baba bu haklarını birinci fıkrada öngörülen yükümlülüklerine aykırı olarak kullanırlar veya çocuk ile ciddî olarak ilgilenmezler ya da diğer önemli sebepler varsa, kişisel ilişki kurma hakkı reddedilebilir veya kendilerinden alınabilir (90).

Çocukların bakım ve eğitim giderlerini karşılama
Kapsamı

MADDE 327.- Çocuğun bakımı, eğitimi ve korunması için gerekli giderler ana ve baba tarafından karşılanır.

Ana ve baba, yoksul oldukları veya çocuğun özel durumu olağanüstü harcamalar yapılmasını gerektirdiği takdirde ya da olağan dışı herhangi bir sebebin varlığı hâlinde, hâkimin izniyle çocuğun mallarından onun bakım ve eğitimine yetecek belli bir miktar sarfedebilirler (90).

Süresi

MADDE 328.- Ana ve babanın bakım borcu, çocuğun ergin olmasına kadar devam eder.

Çocuk ergin olduğu halde eğitimi devam ediyorsa, ana ve baba durum ve koşullara göre kendilerinden beklenebilecek ölçüde olmak üzere, eğitimi sona erinceye kadar çocuğa bakmakla yükümlüdürler (90).

Çocuğun korunması

Koruma önlemleri

MADDE 346.- Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hâkim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır (90).

Çocukların yerleştirilmesi

MADDE 347.- Çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş hâlde kalırsa hâkim, çocuğu ana ve babadan alarak bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir.

Çocuğun aile içinde kalması ailenin huzurunu onlardan katlanmaları beklenemeyecek derecede bozuyorsa ve durumun gereklerine göre başka çare de kalmamışsa, ana ve baba veya çocuğun istemi üzerine hâkim aynı önlemleri alabilir.

Ana ve baba ile çocuğun ödeme gücü yoksa bu önlemlerin gerektirdiği giderler Devletçe karşılanır (90).

MADDE 350.- Velâyetin kaldırılması hâlinde ana ve babanın çocuklarının bakım ve eğitim giderlerini karşılama yükümlülükleri devam eder

Ana ve baba ile çocuğun ödeme gücü yoksa bu giderler Devletçe karşılanır (90).

4.6.2. Türk Ceza Kanununa Göre Çocuğun İstismar ve İhmalden Korunması

Çocukların cinsel istismarı, terki, fuhuşa teşvik edilmeleri, ihmal edilmeleri, kötü muameleye maruz bırakılmaları, dilendirilmeleri, reşit olmadan cinsel ilişkiye zorlanmaları Türk Ceza Kanunca suç sayılmaktadır. Bu hususlara ilişkin maddelere aşağıda yer verilmiştir (13).

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 büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir (13).

MADDE 233. - (1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikayet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Velayet hakları kaldırılmış olsa da, ihtiyati 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 (13).

Çocukların cinsel istismarı

MADDE 103. - (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. 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, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hüküm olunur.

(3) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısımı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle gerçekleştirilmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

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

(6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, on beş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hüküm olunur.

(7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hüküm olunur (13).

Reşit olmayanla cinsel ilişki

MADDE 104. - (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikayet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Fail mağdurdan beş yaştan daha büyük ise, şikayet koşulu aranmaksızın, cezası iki kat artırılır (13).

Cinsel Taciz

MADDE 105. - (1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikayeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına hüküm olunur.

(2) Bu fiiller, hiyerarşi veya hizmet ilişkisinden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur işi terk etmek mecburiyetinde kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz (13.

Koruma, Gözetim, Yardım veya Bildirim Yükümlülüğünün İhlâli 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 hüküm olunur (13.

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 adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri basın ve yayın yolu ile yayınlayan veya yayınlanmasına aracılık eden kişi altı aydan üç yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

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

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

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

(7) Bu madde hükümleri, bilimsel eserlerle; üçüncü fıkra hariç olmak ve çocuklara ulaşması engellenmek koşuluyla, sanatsal ve edebi değeri olan eserler hakkında uygulanmaz (13.

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 (13.

Çocuk İstismar ve İhmalinin Bildirim Zorunluluğu

Çocuk İstismarı ve İhmalinin bildirim yükümlülüğü Türk Hukuk Sisteminde açık olarak bildirilmiştir.

MADDE 94. - (1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükm olunur.

(2) Suçun; a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı, İşlenmesi halinde, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hüküm olunur (13).

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 adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hüküm olunur (13.

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

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

(3) Mağdurun on beş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır (13.

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

MADDE 279. - (1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (13.

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 (13).

4.6.3. Ceza Muhakemesi Kanunu

0l.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 527l sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu Mağdur yani istismara maruz kalan çocuklar açısından yeni ve lehe düzenlemeler getirmektedir (90).

CMK.nun 52.maddesine göre 'mağdur çocukların tanıklığında ses ve görüntü kaydı yapılması zorunludur (91).

CMK.nun 236.İşlenen suçun etkisi ile psikolojisi bozulmuş çocuk ,suça ilişkin kovuşturma ve soruşturmada BİRDEFA dinlenebilir (91).

Mağdur çocukların tanık olarak dinlenmesi sırasında psikoloji, psikiyatri, tıp ve eğitim alanında uzman bir kişi bulundurulur (91).

CMK.nun 234.maddesi' Mağdur l8 yaşını doldurmamış ise,istemi aranmaksızın baro tarafından avukat görevlendirilir.l8 yaşını tamamlamamış küçüklere soruşturma ve kovuşturma aşamasında 'zorunlu hukuki destek' çocuk istismarının önlenmesinde etkili olacaktır (91).

5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununda, l412 sayılı CMUK da ayrıntılı olarak düzenlenmeyen "beden muayenesi" bu yasanın 75.maddesinde: Şüpheli ve sanığın beden muayenesi ve vücudundan örnek alınması, Madde 76 da ise:Diğer kişilerin beden muayenesi ve vücuttan örnek alınması başlıkları altında düzenlenmiştir (91).

5271 sayılı yasanın 75.maddesinin gerekçesinde,karşılaştırmalı hukukta bedenden parça alınmasına hususunda değişik düzenlemeler olduğu belirtilmiş, tasarı, Alman sistemine yakın ve fakat ona göre daha güvenceli bir usülü kabul etmiştir (91).

Birinci olarak delil elde etmek,bazı vakıaları ve olayları,örneğin yaraları,iz ve eserleri belirlemek amacı ile muayene yapılabilecek,beden boşlukları incelenebilecektir (91).

İkinci olarak bedenden kan, cinsel salgı, saç, vücut kılları, tırnak, tükürük, nefes, deri döküntüsü, gaita, balgam gibi örneklerin alınması mümkün olacaktır.Bu yolla örneği gen teknolojisi ceza muhakemesinin hizmetine sokulmuştur (91).

Üçüncü olarak işlemin ilgilinin sağlığını tehlikeye düşürmemesi temel koşuldur.Bu itibarla muayene veya parça almak maksadı ile ,hiçbir surette,cerrahi müdahalede bulunulamaz.cerrahi müdahalenin ne olduğunu sağlıkla ilgili mevzuat belirtmektedir (91).

Dördüncü olarak bu işleme ultima ratio olarak yani başka suretle delil elde etme olasılığı bulunmayan hallerde başvurulabilecektir (91).

Beşinci olarak işleme,mutlaka şüpheli veya sanığın avukatının dinlenmesinden sonra,hakim tarafından karar verilebilecektir.cumhuriyet savcısı veya mağdur bu hususta istemde bulunabilecektir (91).

Altıncı olarak gerekli işlemler hakimin görevlendireceği bir hekim veya diğer bir görevli tarafından yapılacaktır (91).

Yedinci olarak alınan örneklerin ,kişilik haklarının korunması için olayla ilgisi bulunmayan başka yargılamalarda kullanılması mümkün olmayacaktır (91).

Bu maksatla alınan kararlara karşı itiraz edilebileceği hüküm altına alınmıştır (91).

4.6.4. Çocuk Koruma Kanunu

Kanun No. 5395 Kabul Tarihi : 3.7.2005

Bu Kanunun amacı, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir (22.

Korunma ihtiyacı olan çocuk: Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu tanımlamaktadır (22).

MADDE 4. (1) Bu Kanunun uygulanmasında, çocuğun haklarının korunması amacıyla;

a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması,

b)Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi
c) Çocuk ve ailesinin herhangi bir nedenle ayrımcılığa tâbi tutulmaması,

d) Çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine katılımlarının sağlanması,

e) Çocuğun, ailesinin, ilgililerin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları,

f) İnsan haklarına dayalı, adil, etkili ve süratli bir usûl izlenmesi,

g) Soruşturma ve kovuşturma sürecinde çocuğun durumuna uygun özel ihtimam gösterilmesi,

h) Kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimini ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirmesinin desteklenmesi,

i) Çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına en son çare olarak başvurulması,

j) Tedbir kararı verilirken kurumda bakım ve kurumda tutmanın son çare olarak görülmesi, kararların verilmesinde ve uygulanmasında toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanması,

k) Çocukların bakılıp gözetildiği, tedbir kararlarının uygulandığı kurumlarda yetişkinlerden ayrı tutulmaları,

l) Çocuklar hakkında yürütülen işlemlerde, yargılama ve kararların yerine getirilmesinde kimliğinin başkaları tarafından belirlenememesine yönelik önlemler alınması, ilkeleri gözetilir (22).

Koruyucu ve destekleyici tedbirler

MADDE 5. (1) Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. Bunlardan;

a) Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermeye,

b) Eğitim tedbiri, çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak devamına; iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edinme kursuna gitmesine veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesine,

c) Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi hâlinde, çocuğun resmî veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesine,

d) Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına,

e) Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya, yönelik tedbirdir (22).

4.6.5. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Çocukların sağlığını korumaya yönelik ; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 6. Bap ve 1. Fasıl'ında "Çocukluk ve Gençlik Koruması" başlığı altında maddeler yer almaktadır (78).

Madde 158 - Yedi yaşından aşağı olan metrük, öksüz veya babası ve anası hayatta çocukları gerek para ile ve gerek parasız kabul ederek bakan resmi ve hususi bütün müesseseler Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinin murakabe ve teftişine bağlıdır. Bu tarzdaki müesseselerin küşadı, sahipleri tarafından Vekalete ihbar olunur (78).

Madde 159 - Nezdine yedi yaşından aşağı çocukları para mukabilinde bakmak üzere alan eşhasın evvela mahalli belediyesinden müsaadei mahsusa alması mecburidir. Belediye heyeti sıhhiyesince bu gibi eşhasın ikametgahı ve sair şartları muvafık görüldüğü tasdik edilmeden bu müsaade ita edilmez. Bu gibi eşhasın ikametgahları da 158 inci maddede bahsedilen teftişe tabidir (78).

Madde 160 - Kabul ettikleri çocukların sıhhat ve hayatlarını muhafaza için lazım gelen vasıtalar noksan olur veya çocukların sıhhat ve hayatını duçarı tehlike eden mahzurlar mevcut

bulunursa 158 ve 159 uncu maddelerde zikredilen müesseseler ve şahıslar, sıhhat memurlarının tahriri ihtarlariyle bu noksanlar ve mahzurları izaleye mecburdurlar. Bu ihtarları on beş gün zarfında icra ettirmeyenlerin çocukları nezdlerinde bulundurmalarına müsaade edilmez ve müesseseleri kapatılır (78).

Madde 165 - On yaşından aşağı çocuğun babası, anası veya öksüz olanlarda sair hısımları tarafından hayat ve sıhhatı ve ahlakını tehlikeye maruz bırakacak fena muameleye, teşviklere veya cebre duçar olduğu takdirde bunların belediye veya Devlet müesseselerine kabul edilmek üzere nezdinde bulunduğu kimselerden ayrılması caizdir (78).

4.6.6. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu

Kanun Numarası: 2828

Kabul Tarihi: 24/5/1983

Bu Kanunun amacı; korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk,sakat,yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir (78).

Sosyal Hizmetler"; kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütününü, kapsar (78).

EK 6.

Previous | Next | Back to Messages CallInstant Message

DeleteReplyForwardSpamMove...

Printable View This message is not flagged. [Flag Message - Mark as Unread]

Date:	Mon, 24 Apr 2006 10:43:32 +0300 (EEST)
Subject:	Re: tez izin yazısı
From:	aynur.uysal@ege.edu.tr View Contact Details Add Mobile Alert
To:	"ummuhan kocaer" <kocaer_ummuhan@yahoo.com>

Sayın Ümmühan Kocaer,
"Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire
ve Ebelerin bilgi Düzeylerinin Saptanması" konulu yüksek lisans tezimde geliştirmiş olduğum "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini
Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanma Ölçeği"ni kaynak göstererek yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz.Araştırma sonuçlarını paylaşırsanız sevinirim.
Çalışmalarınızda başarılar diliyorum.

Yrd.Doç.Dr.Aynur Uysal

EK 7.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK-72
Konu:

Sayın: Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu

MAR-YÇ-2005- 0241 protokol nolu "Hemşire ve Hekimlerin çocuk istisman ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri" isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.



EK 8.

T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

/
SAYI :SG.B1O4İSM.4340000/ 128
KONU : Ümmühan Kocaer Tez Çalışması

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ümmühan KOCAER - Hemşire ve Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri - Konulu tez çalışmasını İstanbuldaki tüm AÇSAP merkezlerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini Bilgilerinize rica ederim.

.

Uzm.Dr.Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

10. KAYNAKLAR

1. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları Tartışma ve Öneriler, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, s. 204 – 205, Aralık, 1995.

2. Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet., T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, Bilim Serisi 113, Ankara, 1998.

3. Akço S., Aksel Ş., Arman A.R., Beyazova U., Dağlı T., Dokgöz H., Gürpınar S., İnanıcı M.A., Oral G., Polat O., Sözen Ş., Şahin F., Tekeş Ş.A., Topuzoğlu Y.A.: Çocuk İstismarı ve İhmali Uygulama Kitabı Kullanım Kılavuzu, s. 13-61, 2002.

4. Aksoy E., Çetin G., İnanıcı MA., Polat O., Sözen Ş., Yavuz F.: Çocuk İstismarı ve İhmali, S. 131-146, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, , Ankara, 1999.

5. Al-Moosa A., Al – Shaji J., Al- Fadhli A., Al Bayed K., Adib SM.: Pediatricians knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse and Neglect, 27(10):1161,1178, 2003.

6. Altınsu A. B.: Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Prof. Dr. Hatice Pek).

7. Aral N.: Ailenin güçlenmesinde aile bireylerinin sorumlulukları, Ailede ana-baba tutumları, Aile Araştırma Kurumu Eğitim Serisi, s. 39, 1991.

8. Aral N.: Fiziksel İstismar ve Çocuk, Tek Işık Veb Ofset Tesisleri, Ankara, 1997.

9. Aral N., Gürsoy F.: Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi, s. 151, Eylül 2001.

10. Arıkan Ç.: Ailede çocuğa yönelik şiddet. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi, Cilt 6, s. 1-3, Ankara, 1998.

11. Arıkan D., Karaman Z., Yağcı G.: Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitiminde ve mesleki alandaki hemşire adaylara bakış açısı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1): 36-43, 2000.

12. Arıkan D., Yaman S., Çelebioğlu S.: Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 29-35, 2000.

13. Arıkan H., Türk Ceza Kanunu, s. 77-79, 178-179, Arıkan Basım Yayım Dağıtım, 1. Baskı, Haziran 2005.

14. Assesment of Maltreatment of Children with Disabilities, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and Committee with Disabilities. Pediatrics, (108): 508-512, 2001.

15. Atauz S.. Kitle iletişim araçlarında çocuk istismarı ve ihmali. s. 233-243, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Gözde Repro Ofset, Ankara, 1991.

16. Atman C.Ü.: Çocuğa yönelik şiddet, ihmal / istismar. Çocuk Forumu Dergisi, s.71-76, Mayıs-Ağustos, 2004.

17. Bahçecik N., Ekizler H., Tekin N.: Doğumdan sonra ilk günlerde çocuk ihmal ve istismarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni, 10(39): 41-57, 1996.

18. Bahçecik N., Kavaklı A.: Çocuk istismarı ve ihmalinde hemşirenin koruyucu sağlık hizmetlerinde ve tedavi edici kurumlardaki sorumluluğu. Hemşirelik Bülteni, 8(32): 45-51, 1994.

19. Bahçecik N., Kavaklı A.: Çocuk istismarı ve ihmalini hazırlayıcı nedenler. Hemşirelik Bülteni, 7(28): 33-38, 1993.

20. Bahçecik N.: Toplumumuzda Kötü Davranılan ve İhmal Edilen Çocukların Erken Tanı ve Tedavisinde Hemşirenin Gözlemi ve Eğitici Rolünün Değerlendirilmesi, İstanbul

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1993 (Doç. Dr. Aysel Kavaklı).

21. Bakış N., Çam O.: İlköğretim öğretmenlerinin öğrencilere yönelik tutum ve davranışlarının çocuk istismarı ve ihmali açısından incelenmesi. Çocuk Forumu, 5(2) :29-34, Mayıs-Ağustos 2002.

22. Balo S.Y.: Çocuk Koruma Kanunu ve Uygulaması, s. 160-166, 171-212, Seçkin Yayıncılık, İstanbul, 2005.

23. Başbakkal Z., Baysan L.: Çocuk istismarı ve ihmali konusuna ilişkin polislerin bilgi düzeylerinin incelenmesi. Çocuk Forumu, s. 65-70, Mayıs-Ağustos, 2004.

24. Bayhan P.: Dövülen çocuklar. Sosyal Hizmet Dergisi, 1(8): 24-26, 1998.

25. Bayık A., Durmuş H., Uysal A.: Lise son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğini seçme ve bu mesleğe ilişkin görüşlerinin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kongre Kitabı, Erzurum, 1999.

26. Berhman E.R., Kliegman R.M.: Nelson Essentials of Pediatrics, s. 38-42, Çev. Ed.: Tuzcu M. 2.nd Edition, s: 38-42, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul ,1996.

27. Biçer Ü., Çolak B., Gündoğmuş Ü.N.: Bir çocuk istismarı olgusu. Çocuk Forumu, 2(1): 18-22, 1999.

28. Bildik T.: Çocukluk çağı duygusal istismarı. Çocuk Forumu, (5) :9-13, 2002.

29. Bilir Ş., Arı M., Dönmez NB.: 4-12 yaşları arasında 16.100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. s.45-53, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Gözde Repro Ofset, Ankara, 1991.

30. Billmire M.E., Myers P.A.: Serious head injury in infants: accident or abuse?. Pediatrics, (75): 340-342, 1985.

31. Boyce M.C., Melhorn K.J., Vargo G.: Pedaitric trauma documentation. Adequacy for assessment of child abuse, Arch Pediatr Adolescant Medical 150(7): 730-732, 1996.

32. Breakey G., Pratt B.: Healthy growth for Hawaii's healthy Start: Toward a systematic statewide approach to the prevention of child abuse and neglect, Bulletin of National Center of Clinical Infant Programs, XI: (4): 16-22, 1991.

33. Browne K., Preventing child maltreatment trough community. Nursing Journal of Advanced Nursing, s. 57-63, 1995.

34. Brucker M.J.: Battered child syndrome, educating the pediatric nurse. Journal of Pediatric Nursing, (6): 428-429, 1991.

35. Byers, J. Çocuk istismarını önleme, s. 279-285, Önleyici programlar ve Halkeğitimi, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi Yayını, Konanç E., Gürkaynak İ., Egemen A. (Çev.), Gözde Repro Ofset: Ankara 1991.

36. Cadzow S.P., Armstrong K.L., Fraser J.A.: Stressed parents with parents with infants reassessing physical abuse risk faktors. Child Abuse and Neglect, (23): 845-853, 1999.

37. Cılga İ.: Türkiye'de çocuk hakları çalışmaları. s. 233-243, Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1999.

38. Coşkun A., Karahisaroğlu H., Tekin N.: Üniversite öğrencilerinin hemşirelik mesleğini algılayış biçimleri, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İstanbul, 1991.

39. Crenshaw W.B., Crenshaw L.M., Lichtenberg J.W.: When educators confort child abuse: an analysis of the decision to report, Child Abuse and Neglect, 19(9): 1095-1113, 1995.

40. Crume T., DiGuiseppi C., Byers T., Sirootnak A., Garret C.: Underascertainment of Child Maltreatment Fatalities by Death Certificates, 1990-1998, (2), s. 110, 2002.

41. Çakıcı E.: Çocuk İstismarının Öfke İfade Tarzına Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi , İstanbul, 2002 (Danışman: Prof. Dr. M. A. İnanıcı).

42. Çakıcı M.: Çocuk İstismarının Madde Kullanımına Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2002 (Danışman: Doç. Dr. E. Aksoy).

43. Çavuşoğlu H., Algıer L.: Çocuk İstismarı ihmali ve hemşirenin sorumlulukları, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, s. 204-211, Sivas, 1992.

44. Çolak B., İnanıcı M.A., Yaycı N.: Çocukta cinsel istismar ve adli hemşirelik. Hemşirelik Forumu, 6(6):7-13, Kasım-Aralık 2003.

45. Danielle A.B., Richard E.H., Amy M.S.: Risk faktors for child physical abuse, agression and violent behavior. Child Abuse and Neglect (6): 121-188, 2001.

46. Devlin K.B., Reynolds E.: Child abuse how to Reconise it how to intervene, American Journal Nursing, March, s. 26-31, 1991.

47. Djeddah C., Facchin P., Ranzato C., Romer C.: Child Abuse, Current problems and key, Public Health Challenges Social Science & Medicine, (51): 905-915, 2000.

48. Dokgöz H., Şam B., Ersoy G.: Ölümle sonuçlanan ihmale uğramış çocuk olgusu. Yıllık Adli Tıp Toplantı Kitabı (sayı 6), s. 118-121, Antalya Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2002.

49. Duhaie A.C., Alario A.J., Lewander W.J.: Head injury in very young children: mechanisims, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. Pediatrics, (90): 179-185, 1992.

50. ……Dünya Sağlık Örgütü Durum Raporu, 2003.

51. Ediskun H., Dürder B.: Türk Dil Kurumu Sözlüğü, s. 323-338, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1983.

52. Egemen A.: Türkiye'de çocuklarda cinsel istismar olgusuna yasal ve sosyal yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, (36):285-288, 1993.

53. Erkman F.: Çocukların duygusal ezimi. s. 163-170, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, Gözde Repro Ofset, Ankara, 1991.

54. Erol D.: Anne ve babalar tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismarın incelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi, s. 45-50, Ocak-Nisan, 2004.

55. Faller K.C., Henry J.: Child sexual abuse, a case study in community collaboration. Child Abuse & Neglect, 24(9): 1215-1225, 2000.

56. Finkelhor D., Zellman GL.: Flexible reporting options for skilled child abuse professionals, Child Abuse Neglect, 15(4): 335-341, 1991.

57. Finkel M.A., De Jong A.R.: Medical findings in child sexual abuse, in child abuse, medical diagnosis and management Lae-Febinger, USA, 185-241, 1993.

58. Fischer D.G., Mc Donald W.L.: Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. Child Abuse and Neglect 22(9): 915-929, 1998.

59. Garcia VF., Gotschall CS., Eichelberger MR.: Rib fractures in children. A Marker Of Severe Trauma, J Trauma, 30: 695-700 1990.

60. Gökler I.: Çocuk istismarı ve ihmali. Erken dönemde stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi, 4(1): 40-46. 2000.

61. Haktanur G., Baran G.: Gençlerin benlik saygısı düzeyleri ile anne – baba tutumlarını algılamalarının incelenmesi. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi, 5(3): 134-141, 1998.

62. Harrison P.A., Hoffmann N.G., Edwall G.E., Worthen M.D.: Correlates of sexual abuse among boys in treatment for chemical dependency treatment. Journal of Adolescent Research (1) :53-66, 1990.

63. Herman M., Brown G., Verbiest S., Carlson P., Hooten E., Howell E., et al.: Underascertainment of child abuse mortality in the United States. Journal of the American Medical Association, 282 (5): 463-467, 1999.

64. Jain A.M.: Emergency department evaluation of child abuse, Emergency Med. Clin. North America, (17): 575-593, 1999**.**

65. Johnson C.F.: Inflicted injury versus accidental injury, Pediatric Clinic North America, 37(4): 791-811, 1990.

66. İşmen E.: Duygusal İstismarın Liseli Ergenlerin Kendini Kabul Seviyesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1993 (Danışman: Doç. Dr. B. Aydın).

67. İzmirli M., Sur H, Polat N.: Çocuğa karşı dayak olgusu ve çocuk istismarı. Çocuk Forumu, 3(1): 37-49, 2000.

68. Kairys S.W., Alexander R.C., Block R.W.: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics, (103): 186-191,1999.

69. Kairys S.W., Alexander R.C., Block R.W.: Shaken baby syndrome. Pediatrics, (108): 206-210, 2001.

70. Kara B., Biçer Ü., Gökalp A.: Çocuk istismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47(2):140-151, 2004.

71. Kars Ö.: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1994 (Danışman :Doç Dr. I. Bulut).

72. Karaman Y.: İlkokul Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukların Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmali, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ankara, 1993 (Danışman Doç. Dr. H. Başar).

73. Kavaklı A.: Hırpalanmış çocuk sendromu olgularında hemşirelerin aileye ve çocuğa yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni, 2(6):43-48, 1987.

74. Kavaklı A., Pek H., Bahçecik N.: Hırpalanmış çocuk sendromu. Çocuk Hastalığı Hemşireliği, Düzeltilmiş 2. Baskı, s. 183-198, Yüce Yayım, İstanbul,1998.

75. Kavuncubaşı Ş.: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, s. 38-39, Siyasal Kitabevi, , Ankara, 2000.

76. Kempe H.: A B C of Child Abuse. British Medical Journal, s. 1-10, 1989.

77. Kocaer Ü., Öztop T., Usta N., Gökçek D.: Hemşirelik mesleğinde erkek üyelerin yeri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2):23-29, 2004 (Danışmanlar: Yard. Doç. Dr. Nefise Bahçecik, Arş. Gör. Havva Öztürk, Arş. Gör. Eylem Paslı).

78. Konanç E.: Türk Hukukunda Çocuk İstismarı ve İhmali, s. 9,17, Ankara 1991.

79. Korbin J.E.: Child Abuse and Neglect, Child Abuse & Neglect, 15 (Supp 1): 67-77, 1991.

80. Kuğuoğlu S.: Çocuk istismarı ve ihmali. Ed: Şelimen D., Acil Bakım. 3. Baskı, s. 577-599, Yüce Yayım, İstanbul, 2004.

81. Kurtay D., Özkök S.M., Barlık A.Y., Yatağan M., Kurtay A., Akman E., Varlık A.: Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması, Aydın, 2004.

82. Mulryan K., Cathers P., Fogin A.: Protecting the child. Nursing (30): 39-43, 2000.

83. Oktay A.: Yaşamın Sihirli Yılları, s. 200-203, Epsilon Yayınevi, İstanbul 1999.

84. Oktay S., Yazar J., Önsel S.: Hemşirelik okullarına erkek öğrenci alınmasının hemşirelik uygulamaları için önemi ve gereği, I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1986.

85. Olds L. D., Henderson R.C.: Improwing the life course development of socially disadvanged mothers: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. American Journal of Public Health, s. 1436-1445, 1998.

86. Oral R.: Çocuk istismarı. İstanbul Barosu Dergisi, (12):419-420, 1995.

87. 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, İzmir, 2004.

88. Oral R., Yavuz Ş., Can D.: Bir çocuk psikyatrisi polikliniğinde çocuk istismarı sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22(2): 137-144, 1997.

89. Özdoğan B.: Çocuk ve Oyun Terapisi, s. 88-89, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1988.

90. Öztan B.: Türk Medeni Kanunu, s. 144-147, 346-350, Turhan Kitabevi, 2.Baskı, Ekim 2005.

91. Öztürk B., Erdem R.M.: Ceza Muhakemesi Hukuku, s. 870-879, Seçkin Yayıncılık, 2006.

92. Paradise J.E., Bass J., Forman S.D., Berkowitz J., Greenberg D.B., Mehta K.: Minimum criteria for reporting child abuse from health care settings, Del Med J., 69(7), 357-363, 1997.

93. Pillitteri A.: Maternal & Child Health Nursing, 3th Edition, s. :1632-1633, 1634-1659, Lippincott, Philadelphia, 1999.

94. Polat O.: Çocuk istismarı. Klinik Adli Tıp, s. 85-133, Seçkin Yayıncılık, Eylül, 2004.

95. Polat O.: Çocuk istismarı nedir?, çocuk istismarı tipleri. Çocuk Forumu, cilt 1, s. 1-11 Temmuz, 1998.

96. Polat O.: Çocuk istismarı ve Türkiye'deki durumu. Klinik Çocuk Forumu, s. 1-11, Ocak-Şubat 2005.

97. Polat O.: Çocuğa Karşı Cinsel İstismarın Gün Yüzüne Çıkartılması Projesi / Destek Hattı Operatör Eğitimi, 2005.

98. Polat O., İnanıcı M.A., Aksoy M.E.: Adli Tıp Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1997.

99. Polat O.: İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu. s. 15-36, Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı, Umut Matbaası, İstanbul, 2000.

100. Polat O.: Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı. s. 517-533, Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara Üniversitesi Basımevi Ankara, 1999.

101. Revel M.G., Liptak S.G.: Understanding the child with special heathcare needs, a developmental perspective. Journal of Pediatric Nursing (6): 258-267, 1991.

102. Rimsza M.E., Schackner R.A., Bowen K.A.: Can child deaths be prevented?, The Arizona Child Fatality Review Program Experience. Pediatrics (110): 110-111, 2002.

103.……..Risk Altındaki Dünya Çocukları Raporu, UNICEF Çocuk Vakfı, 2001.

104. Savaşer S., Yıldız S., Bahçecik N.: Hemşirelik mesleğine erkek üye alınmasına yönelik düşünceleri, s. 170-177, III. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 1997.

105. Serter Ş.: Kronik Hastalığı Konmuş, Hastanede Yatan 6 Yaş Üstü Çocuklarda Duygusal İhmal ve İstismarın İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Çiğdem).

106. Sheinkop MB., Clemmens M.: Battered Child Syndrome. Ed: Touloukin R., Pediatric Trauma, s. 162-165, St. Louis Mosby Yaer Book 1990.

107. 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, 26(12): 1207, 2002.

108. Sidebotham P., Heron J.: Child malteratment in the "children of nineties" the rol of child. Child Abuse and Neglect, 27(3):337-352, 2003.

109. Steir M.D., Leventhal M.J., Berg A.A., Johnson L., Mezger J.: Are children born to young mothers at ıncreased risk of maltreatment?, Pediatrics, (91): 642-648, 1993.

110. Sundell K.: Chid-care personnel's failure to report child maltreatment: some Swedish evidence, Child Abuse and Neglect, 21(1):93-105, 1997.

111. Şirin A., Keleş S.: Annelerin çocuklarını istismar etmesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, II. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi, Haziran, İstanbul, 2003.

112. Taneli S., Albayrak C., Sivrioğlu Y., Küçük çocuğun cinsel tacizi ve tanı zorlukları. Ed: Ekşi A.İ., Ben Hasta Değilim, S. 531-542, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1999.

113.……T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği R.G. Tarihi: 06.02.1997 R.G. Sayısı: 22900, Sağlık Bakanlığı.

114. Tercan M.: Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995 (Danışman: Prof. Dr. E. Akyüz).

115. Tercier A.: Child Abuse. Ed: Maer JA., Emergency Medicine 4th Edition, St. Louis Mosby, s. 1108-1118, 1998.

116. Theodore A.D., Runyan D.K.: A medical research agenda for child maltreatment, Pediatrics, (104): 168-177, 1999.

117. Thyen U., Leventhal J.M., Yazdgerdi S.R., Perrin J.M.: Concerns about child maltreatment in hospitalized children, Child Abuse and Neglect, 21(2): 187-198, 1997.

118. Uysal A. : Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998 (Danışman: Prof. Dr. İ. Erefe).

119. Uysal A., Özsoy S.: Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmalini içeren küçük öyküler üzerine görüş ve tutumları. Çocuk Forumu Dergisi, s. 34-40, Ocak- Nisan 2003.

120. Vandeven AM., Newberger EH.: Child abuse. Annu Rev Public Health , (15):362-379, 1994.

121. Yanıkkerem E.: İlköğretim öğrencilerinin ailelerinin ve kendilerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. Çocuk Forumu, 6(3): 45-52, 2003.

122. Yavuzer H.: Çocuğun eğitimi ve psiko-sosyal gelişimi açısından ailenin önemi. Çocuk Psikolojisi, s. 181-182, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1988.

123. Youssef R.M., Attia M.S., Kamel M.I.: Children experiencig violence, Child Abuse and Neglect, 22 (10): 959-973, 1998.

124. Yörükoğlu A.: Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. Altıncı Baskı, s. 220-222, Özgür Yayınları, İstanbul, 1997.

125. Zeytinoğlu S.: Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. s. 561-574, V. Ulusal Psikoloji Kongre Kitabı, İzmir, 1990.

126. Ziyalar N.: Çocuk istismar ve ihmalinin önlemesi. Çocuk Forumu, 2(1): 31-33, 1999.

11. ÖZGEÇMİŞ

29.06.1980 yılında İstanbul'da doğan Ümmühan Kocaer; ilk, orta ve lise öğrenimini burada tamamlamıştır. 2003 yılında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur.

2003 yılında Memorial Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servis Hemşiresi olarak işe başlamış, 2004 yılında da Kalp Damar Cerrahisi Sorumlu Hemşiresi olmuştur. Halen bu görevini sürdürmektedir.

Türk Hemşireler Derneği ve Çocuk Hemşireleri Derneği'ne üye olan Ümmühan Kocaer bekar olup, İngilizce bilmektedir.