



T.C.

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**TRABZON İL MERKEZİNDEKİ PEDIATRİ KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE
İHMALİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek KAPTAN

TEMMUZ - 2017

TRABZON

**T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TRABZON İL MERKEZİNDEKİ PEDIATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ
BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ**

Dilek KAPTAN

**Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünce
"YÜKSEK LİSANS TEZİ" Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 15/05/2017

Tezin Savunma Tarihi : 24/07/2017

Tez Danışmanları

Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

TRABZON – 2017

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde, Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN ve Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Dilek KAPTAN tarafından hazırlanan "Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri" başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 24 /07/2017 gün ve 13 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Unvanı Adı Soyadı

BAŞKAN

Yrd.Doç.Dr.Osman YILDIZLAR

İmza

Unvanı Adı Soyadı

Yrd.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN

İmza

Unvanı Adı Soyadı

Yrd.Doç.Dr.Şebnem KADER

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr.Mehmet TÜFEKÇİ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin hazırlık sürecinde yardım ve desteklerinden dolayı, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN ve Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN'a, ve eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nın çok değerli öğretim üyelerine,

Yüksek lisans eğitimim süresinde yanımda olarak destek ve yardımlarını esirgemeyen tüm dostlarıma,

Eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan anne ve babama, bana her zaman destek olan eşime ve oğullarıma sonsuz teşekkürler.

Dilek KAPTAN

Trabzon 2017

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN ve Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri yaptığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim./..../2017

İmza

Dilek KAPTAN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL VE ONAY	II
ÖNSÖZ.....	III
TEZ BEYANNAMESİ.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR	XI
ÖZET	XII
ABSTRACT	XIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk Tanımı	3
2.2. Çocuk İstismar ve İhmali Tanımı	3
2.3. Tarihçe	4
2.3.1. Çocuk, Çocuğun İstismarı ve İhmali	4
2.3.2. Çocuk Haklarının Tarihsel Süreci	5
2.3.2.1. Yıllara Göre Çocuk Haklarının Gelişimi.....	5
2.4. Çocuk İstismar ve İhmalinin Sınıflandırılması.....	7
2.4.1. Fiziksel İstismar.....	8
2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome - SBS).....	10
2.4.1.2. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Syndrome - MBP).....	11
2.4.2. Duygusal İstismar	12
2.4.3. Cinsel İstismar	14
2.4.3.1. Ensest.....	17
2.4.3.2. Pedofili	17
2.4.4. Ekonomik İstismar.....	18

2.4.5. İhmal.....	20
2.4.5.1. Fiziksel İhmal	21
2.4.5.2. Duygusal İhmal	22
2.4.5.3. Cinsel İhmal	23
2.4.5.4. Medikal İhmal	23
2.4.5.5. Eğitim İhmali	23
2.4.6. İnternet ve Medyada Çocuk İstismarı.....	24
2.4.6.1. İnternette Çocuk İstismarı	24
2.4.6.2. Medyada Çocuk İstismarı	26
2.5. Çocuk İstismar ve İhmali Nedenleri	26
2.5.1. Ebeveyn Kaynaklı Nedenler.....	26
2.5.2. Çevre Kaynaklı Nedenler	27
2.5.2.1. Geleneksel Uygulamalar	28
2.5.3. Çocuk Kaynaklı Nedenler	29
2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi	30
2.6.1. Çocuğun Korunması.....	30
2.6.1.1. Çocuk Koruma Merkezi	31
2.6.1.2. Çocuk İzlem Merkezi	31
2.6.1.3. Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri	31
2.7. Hekim ve Hemşirelerin Sorumlulukları	32
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Araştırmanın Etik Yönleri	34
3.5. Verilerin Toplanması.....	35
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	35
3.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu	35
3.5.2.1. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenirliği.....	36
3.5.3. Verilerin Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler	37
3.5.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	37

3.5.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formunun Değerlendirilmesi	37
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	38
4. BULGULAR	39
4.1. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çİİ Konusundaki Farkındalıkları, Görüş ve Deneyimleri	39
4.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	39
4.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ Konusundaki Eğitim Durumları	41
4.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ Konusundaki Klinik Deneyimleri ve Düşünceleri	41
4.1.4. Çocuk Sahibi Olan Hekim ve Hemşirelerin Kendi Çocuklarına İhmal ve İstismar Uygulama Durumları	46
4.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	46
4.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi	46
4.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	48
4.2.3. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlar	60
5. TARTIŞMA	72
5.1. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çİİ Konusundaki Farkındalıkları, Görüş ve Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerine Yönelik Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
7. KAYNAKÇA	84

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.	Alt ölçeklerin geçerlilik güvenirlik değerlendirmesi 36
Tablo 2.	Hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı 39
Tablo 3.	Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre dağılımı 40
Tablo 4.	Hekim ve hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim durumlarına göre dağılımı 41
Tablo 5.	Hekim ve hemşirelerin çocukları değerlendirirken Çİİ konusundaki yaklaşımlarının dağılımı 41
Tablo 6.	Meslek hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşan hekim ve hemşirelerin bildirim yapma durumlarının dağılımı 42
Tablo 7.	Mesleki hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış hekim ve hemşirelerin, karşılaşmaları durumunda bildirim yapma durumlarının dağılımı 43
Tablo 8.	Mesleki hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış hekim ve hemşirelerin, karşılaşmaları durumunda “bildirim yapmam” diyenlerin, bildirim yapmama nedenlerinin dağılımı 43
Tablo 9.	Hekim ve hemşirelere göre toplumda en çok görülen Çİİ türlerinin dağılımı 44
Tablo 10.	Hekim ve hemşirelerin, Çİİ vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gerektiğini düşündükleri branşların dağılımı 44
Tablo 11.	Hekim ve hemşirelerin, kurumlarında Çİİ’ne yönelik talimat ya da prosedür varlığı ve buldukları ilde ÇİM varlığı sorularına verdikleri cevapların dağılımı 45
Tablo 12.	Hekim ve hemşirelerin Çİİ ile karşılaştıkları durumlarda yasal yükümlülüklerini bilme durumlarının dağılımı 45
Tablo 13.	Çocuk sahibi olan hekim ve hemşirelerin kendi çocuklarına istismar ve ihmali uygulama durumlarına göre dağılımı 46
Tablo 14.	Hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”te en çok doğru yanıt verdikleri soruların ve ortalamalarının dağılımı 47
Tablo 15.	Hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”te en çok yanlış yanıt verdikleri soruların ve ortalamalarının dağılımı 47
Tablo 16.	Hekimlerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek Formu”na göre alt ölçek ve genel ölçek ortalama puanlarının dağılımı 48

Tablo 17.	Hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu”na göre alt ölçek ve genel ölçek ortalama puanlarının dağılımı	48
Tablo 18.	Katılımcıların mesleklerine göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	49
Tablo 19.	Hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	50
Tablo 20.	Hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	51
Tablo 21.	Hekim ve hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	52
Tablo 22.	Hekim ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	53
Tablo 23.	Hekim ve hemşirelerin mesleklerindeki çalışma sürelerine göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	54
Tablo 24.	Hekim ve hemşirelerin konuya ilişkin eğitim alma durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	55
Tablo 25.	Hekim ve hemşirelerin, hastaları değerlendirirken Çİİ göz önünde bulundurmalarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	56
Tablo 26.	Hekim ve hemşirelerin, mesleki hayatlarında Çİİ ile karşılaşma ve karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	57
Tablo 27.	Hekim ve hemşirelerin, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	58
Tablo 28.	Hekim ve hemşirelerin, çalıştıkları ilde ÇİM varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı	59
Tablo 29.	Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı	60

Tablo 30.	Hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı	66
-----------	---	----



SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CEOP	: Child Exploitation and Online Protection (Çocuk İstismarı ve Çevrimiçi Koruma)
ÇİDAT	: Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu
Çİİ	: Çocuk İstismar ve İhmali
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MBP	: Munchausen by Proxy Syndrome (Oluşturulmuş Hastalık Sendromu)
SBS	: Shaken Baby Syndrome (Sarsılmış Bebek Sendromu)
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanununu
TDK	: Türk Dil Kurumuna
TMK	: Türk Medeni Kanunu
UNİCEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslar Arası Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Tüksek Lisans Tezi

ÖZET

TRABZON İL MERKEZİNDEKİ PEDIATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ

Dilek KAPTAN

Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN, Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
2017, 92 Sayfa, 31 Ek Sayfa

Amaç: Çalışma, pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tipte olup, gerekli izinler alındıktan sonra, Trabzon il merkezine bağlı hastanelerin pediatri kliniklerinde görev yapan ve araştırmaya katılmada gönüllü olan 53 hekim ve 180 hemşire ile Ocak–Aralık 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hekimlerin %58.5’inin, hemşirelerin ise %97.2’sinin kadın olduğu, hekimlerin %58.5’inin 27-35 yaş arası, hemşirelerin ise tüm yaş gruplarında eşit dağıldığı ve çoğunluğun (hekim %66, hemşire %58.3) evli olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %43.4’ünün, hemşirelerin ise %25’inin çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim aldıkları ve eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.010$). Hekimlerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması formu genel puan ortalamasının (3.92 ± 0.32) hemşirelere (3.63 ± 0.34) oranla ve çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim alan katılımcıların ölçek puan ortalamalarının (hekim 4.05 ± 0.33 , hemşire 3.77 ± 0.42) da eğitim almayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Hekim ve hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalıklarının orta düzeyde olduğu, çoğunun çocuk istismar ve ihmali konusunda daha önce eğitim almadığı, yasal yükümlülük ve bildirim yapma süreci ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: istismar, ihmal, farkındalık, hekim, hemşire, çocuk

**Master Thesis
ABSTRACT**

**THE LEVELS OF INFORMATION AND AWARENESS ABOUT CHILD ABUSE
AND NEGLECT OF DOCTORS AND NURSES WORKING IN PEDIATRIC
CLINICS IN THE CITY CENTER OF TRABZON**

Dilek KAPTAN

**Avrasya University
Institute of Medical Sciences
Nursing Department**

**Supervisor: Yrd. Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN, Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
2017, 92 Pages, 31 Appendix Page**

Purpose: This study was conducted to determine the knowledge and awareness of pediatricians and nurses working in pediatric clinics on child abuse and neglect.

Method: The study was descriptive and carried out between January and December 2016 with 53 physicians and 180 nurses who volunteered and work in the pediatric clinics of Trabzon provincial center hospitals after taking the necessary permits. The data were collected by the "Introductory Information Form" and the "Scale Form for Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect".

Findings: It was found that 58.5% of participant physicians and 97.2% of nurses were female; 58.5% of the physicians were between 27-35 years of age; nurse group were evenly distributed in all age groups and majority of them (66% of physicians, 58.3% of nurses) were married. It was found that 43.4% of physicians and 25% of nurses were trained on child abuse and neglect and there was a statistically significant difference between their education status ($p=0.010$). The average score of the physician's diagnosis of symptoms and risks of child abuse and neglect (3.92 ± 0.32) was higher than that of nurses (3.63 ± 0.34) and the average of scale scores of participants trained in child abuse and neglect (physician 4.05 ± 0.33 , nurse 3.77 ± 0.42) were found to be significantly higher than those who did not receive education.

Conclusion: It was seen that physicians and nurses had a moderate level of knowledge and awareness about child abuse and neglect, lack of knowledge about the legal obligation and notification process and most of them were not educated about child abuse and neglect.

Key Words: abuse, neglect, awareness, physician, nurse, child

1. GİRİŞ

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkini olarak özenle yetiştirilen, eğitilen ve eldeki tüm olanaklar kullanılarak gereksinimleri karşılanmaya çalışılan bireylerdir. Fizyolojik ve bilişsel yönlerden immatürlüğü nedeni ile de erişkin savunuculuğu ve sözcülüğüne gereksinimleri vardır [1].

Toplumda çocuğun bir değer olarak kabul edilmesi ve korunması uzun bir sürecin ürünüdür. Birinci dünya savaşına kadar genellikle çocuğu kurtarma niteliğindeki eylemler söz konusu iken, daha sonraları psikoloji biliminin, çocukluk dönemini, çocuğun gelecekteki yaşamını etkileyen, yönlendiren ve hazırlayıcı zemin oluşturan bir dönem olarak belirlemesi sonucunda, koruyucu önlemler ön plana çıkmıştır [2].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuk istismar ve ihmalini “bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında; çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından, zararlı sonuçları olan fiziksel veya duygusal kötü muameleler, cinsel istismar, ihmal, ihmalkâr davranış veya ticari amaçlı ya da diğer her türlü sömürü” olarak tanımlamaktadır [3].

Türkiye’de 2008 yılında Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF) ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından ortaklaşa yapılan, Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması sonucuna göre 7-18 yaş çocukların %45’inin fiziksel istismara, %51’inin duygusal istismara ve %25’inin de ihmale maruz kaldığı görülmüştür [4].

Çocukların istismar ve ihmalinin uzun ve kısa vadeli olumsuz sonuçları vardır. Travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, zayıf benlik, davranış bozuklukları, yeme bozuklukları, kronik ağrı ve yorgunluk, izolasyon duygusu, depresyon, madde bağımlılığı, kendine zarar verme, intihar, yeniden mağduriyet, akademik ve mesleki sorunlar, cinsel fonksiyon bozuklukları ve suç içeren davranışlar bunlara örnektir [5,6].

Çocuk istismarı yaşamış ve yaşamamış yetişkinler karşılaştırıldığında, çocuklukta istismara uğramış olanların, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, güvenli olmayan seks de dâhil olmak üzere yüksek riskli sağlık davranışları sergileme, daha düşük sağlık düzeyinde olma ve daha fazla sağlık hizmeti kullanma olasılıkları yüksektir [6].

Dünya genelindeki yetişkinlerin yaklaşık %25'i çocukluklarında fiziksel istismara, %36'sı da duygusal istismara, kadınların %20'si, erkeklerin %5-10'u ise çocukluklarında cinsel istismara uğramıştır. Fiziksel istismara uğrayanların %36.3'ü duygusal istismar, %16.3'ü de fiziksel ihmale maruz kalmıştır [7].

DSÖ, ihmal ve istismara uğramış çocuk ve ergenleri tespit etmenin, bütüncül bir yaklaşım ve disiplinler arası işbirliği ile bu çocukları korumanın ve uygun tedavi koşullarının sağlanmasının sağlık uzmanlarının yükümlülükleri arasında olduğunu vurgulamaktadır [3].

Çocuk hasta ile karşılaşan sağlık profesyonelleri, istismar durumunda adli süreç ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için bu durumun değerlendirilmesi ve ilgili kurumlara bildiriminde yeterince özen ve dikkat gösterilmemektedir [8]. Ancak unutulmamalıdır ki sağlık profesyonellerinin çocuk istismar ve ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükleri vardır [9].

Bu noktadan hareket ile bu çalışma çocuk ihmal ve istismarını önlemede, tanılamada, bildirmede ve tespit sonrası tedavi aşamasında önemli rolleri olan çocuk hekim ve hemşirelerinin, konuya ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin tespiti amacı ile planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Tanımı

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre çocuk; “küçük yaştaki oğlan veya kız; soy bakımından oğul veya kız, evlat; bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak” olarak tanımlanmaktadır [10].

World Health Organization (WHO) 2008’de çocuğu; duygusal, fiziksel ve beyin gelişiminin farklı aşamalarını kapsayan, kültürden kültüre değişen, yalnızca yaş ve gelişimsel süreçle değil, cinsiyet, aile, sosyal durum, okul ve çalışma durumundan da etkilenen doğumdan erginliğe kadar ki süreç olarak tanımlamıştır [11].

Birleşmiş Milletler Çocuk Koruma Kanunu’nun 1. maddesinde çocuğun tanımı “daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” şeklinde yapılırken [12], 2005 tarihli, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu 3. madde 1-a bendinde “çocuk daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişi” olarak tanımlanır [13]. Ayrıca 1 Haziran 2005’de yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun (TCK) 6. maddesinin 1/b bendine göre de “henüz onsekiz yaşını doldurmamış kişi” olarak net sınırları belirtilmiştir [14].

2.2. Çocuk İstismar ve İhmali Tanımı

Helfer ve Kempe, 1972 yılında çocuk istismarını “ebeveynlerin veya çocuktan sorumlu diğer kişilerin gerçekleştirdiği veya sorumluluklarını yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucu, çocukların kaza dışı zarara uğraması” olarak tanımlamışlardır [15].

Garbarino ve Gilliam ise 1980 yılında çocuk istismar ve ihmali kültürel bağlamda ele alarak “toplumsal değerler ve uzman görüşünün uygunsuz ve zararlı olarak hükmettiği, ebeveyn ve çocuktan sorumlu kişi tarafından gerçekleştirilen, iyi niyet veya ihmal içeren herhangi bir eylem” olarak tanımlamışlar [16].

TDK Sözlüğü’nde ki tanımlara bakacak olursak; istismar, “birinin iyi niyetini kötüye kullanma, sömürü/sömürme”, ihmal ise “gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama, önem vermeme” olarak karşımıza çıkmaktadır [10].

DSÖ (2002) çocuk istismarını, “çocuğun sağlığının, büyüme ve gelişmesinin veya sorumluluk, güven ve güç ilişkisi bağlamında onurunun, aktif ya da pasif olarak zarara uğramasıyla sonuçlanan, fiziksel ya da kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkâr muamele, ticari veya diğer sömürülerin tüm formları” olarak tanımlamıştır [17].

2.3. Tarihçe

2.3.1. Çocuk, Çocuğun İstismarı ve İhmali

Tarih öncesi dönemde defektli, hastalıklı ya da inançlara göre uğursuz zamanlarda doğan bebekler ölüme terk edilirken [18], eski medeniyetlerde elimine edilmek amacıyla öldürülmesi de kabul görmüştür. Çocuklar anneleri gibi alınıp satılabilir, dövülerek sakat bırakılabilir ve kurban edilebilirlerdi. Roma yasaları babaya çocuklarını cezalandırma, hapsedme, esir olarak satma ve hatta öldürme hakkını sağlıyordu. Kız çocukları erkek çocuklarına oranla daha çok istismar edilmiş, öldürülmüş, ayrıca erken yaşta evlendirilmiş, köle olarak satılmış ve hatta eve gelen misafirlere ikram edilmişlerdir [19,20].

Yaklaşık 900 yılında yayınlanmış ilk pediatri uygulama ders kitabı olan “Practice Puerorum” da Persli bir hekim, kasıtlı yaralanan çocukları ele alarak bunların bazılarında herni tanımlamıştır [21]. Orta çağdan itibaren çocuk, ailenin geçiminde sorumluluk alarak, avlanmak, su taşımak, odun kesmek, küçüklere bakmak gibi işler yapmaktadır [20].

Modern çağla birlikte endüstri sektörü gelişmiş ve sonuç olarak kötü koşullarda çalışan çocuk işçiler görülmeye başlanmıştır. 18. yüzyılda ise çocuğun çalışmasını, istismarını ve evlat edinmeyi kontrol eden yasalar düzenlenmiştir [18]. 1800’de İngiltere Parlamentosuna, ailesi tarafından ezilen, işkence uygulanan, aç bırakılan ve sokağa atılan çocuklar hakkında önerge sunulmuş ve “aile içinde olup biten yalnız aileyi ilgilendirir” gerekçesi ile reddedilmiştir [22].

Modern çağlarda çocuk istismarı ilk olarak tüm tipleri ile 1860 yılında Fransız adli hekim Ambroise Tardieu tarafından tanımlanmıştır [23]. 1946 yılında ise Caffey kronik subdural kanama şikâyeti ile başvuran bebeklerde çoklu uzun kemik kırıkları birlikteliğini tanımlamıştır [24]. Henry Kempe ve arkadaşları 1962 yılında “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” adlı makale ile çocuklarda fiziksel istismarın klinik özelliklerini ayrıntılı olarak tarif etmişlerdir [23]. 1980 yılında ise Garbarino ve Gilliam, çocuk istismarını kültürel

olarak ele almış, uygunsuz ve çocuğa zarar verici davranışların özellikle uzmanlar tarafından tespit edilmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır [16,15].

Yirminci yüzyılda birçok bilimsel buluş ve teknolojideki gelişmelerle birlikte, refah düzeyi artarak çocukların kaderini değiştirmiş ve çocuklar için altın çağ olmuştur. Tıptaki ilerlemeler sayesinde çocukların sağlıklı büyümesi, hastalıklardan korunması ve ölüm oranlarının düşmesi sonucu, çocuğa verilen değer artmıştır ancak halen çocuklar istismar ve ihmale maruz kalmaktadır [22,19].

2.3.2. Çocuk Haklarının Tarihsel Süreci

Eski çağlardan itibaren toplumlar çocukla ilgilenmiş ancak, ilginin niteliği, içeriği ve şekli tarihsel süreçte farklılıklar göstermiştir. Bu farklılıklar, toplumların sosyal ve kültürel olarak gelişmesine, örgütlenmesine ve toplumdaki egemenlik koşullarına bağlı olmuştur. Çocuğun korunması, dinsel etkiler ve dinsel nitelikteki kuruluşlarca gerçekleşirken, toplumsal çerçevede kurumsallaşması 19. yüzyılda başlamıştır. Ebeveynin çocuk üzerindeki egemenliği artık bakım ve koruma yükümlülüğüne dönüşmüş ve devletler de yasal düzenlemeler ile denetleyici olmuştur [25].

2.3.2.1. Yıllara Göre Çocuk Haklarının Gelişimi

- 1912 Amerika’da, amacı “ırk, sosyoekonomik ve kültürel grup ayırt etmeksizin hasta, sağlıklı ve handikaplı tüm çocukların sağlığı ile ilgilenmek” olan Çocuk Bürosu kuruldu [18].
- 1921 Amacı “1. Dünya Savaşı ve onu izleyen süreçte öksüz, yetim kalan çocukların ve bütün memleket çocuklarının bakımını karşılamak, korumak ve eğitimini sağlamak” olan Himaye-i Etfal Cemiyeti kuruldu [26].
- 1924 Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi, savaşların kötü sonuçlarının ortadan kaldırılması, insanların barış ve huzur dolu bir dünya istemesi sonucu kurulan Milletler Cemiyeti tarafından kabul edildi [27].
- 1946 Birleşmiş Milletler Örgütü; “uluslararası barış ve güvenliği korumak, hak eşitliği ve halkların kendi geleceğini belirleme ilkelerine saygı göstererek milletler arasında dostça ilişkiler geliştirmek, uluslararası ekonomik, sosyal, kültürel, insani

- sorunların çözümünde işbirliği yapmak ve temel insan hak ve özgürlüklerine karşı saygıyı teşvik etmek” amaçlarıyla kuruldu [28].
- 1946 UNICEF “çocuk haklarının korunması adına tanıtım ve savunma çalışmaları yapmak, çocukların temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olmak ve çocukların potansiyellerini eksiksiz biçimde gerçekleştirmek için fırsatlar yaratmaktır” amacı ile kuruldu [2].
- 1948 DSÖ, Birleşmiş Milletlere bağlı olarak, uluslararası sağlık yönetmelikleri hazırlamak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yayılmasını önlemek ve üye ülkelerin toplum sağlığını korumalarını desteklemek amacıyla kuruldu [2].
- 1948 “Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi” kabul edildi. Birleşmiş Milletler Kurulu, eğitim ve öğretim yoluyla hak ve özgürlüklere saygıyı geliştirmek, ulusal ve uluslararası önlemlerle üye devletlerin halkları ve bu devletlerin yönetimi altındaki ülkelerin halklarının tanınmasını ve uygulanmasını sağlamaya çaba göstermek amacıyla tüm halk ve uluslar için ortak ideal ölçüleri belirleyen bildirgeyi ilan etti [29].
- 1948 Paris’te Uluslararası Çocuk Merkezi kuruldu. 1999 yılında mali güçlükler nedeniyle kapandı [18].
- 1959 20 Kasım’da 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda, Çocuk Hakları Sözleşmesi oybirliği ile kabul edildi [27].
- 1979 Tüm dünyada çocuklara ilişkin sorunların ve gereksinimlerin incelenmesi ve çocuk haklarının farkına varılması amacıyla “Uluslararası Çocuk Yılı” ilan edildi [18].
- 1982 Türkiye’de 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun yürürlüğe girdi. Böylelikle Türkiye’de çocuklara özgü adalet sistemi tanımlandı [30].
- 1985 “Uluslararası Gençlik Yılı” ilan edildi, gençlerin eğitim, çalışma ve yaşam koşullarının geliştirilmesi ve gençlerin toplumun gelişmesine yönelik politikaların hazırlanmasına katılımlarının sağlanması hedeflendi [18].
- 1989 Çocuk Hakları Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda oy birliği ile kabul edildi. Sözleşmenin ilk kırk maddesi çocukların haklarının hayata geçirilmesi konusunda devletlerin yükümlülüklerini belirlemiş, yasal ve idari tedbirlerin alınması talep edilmiştir [31].

- 1990 New York'ta "Çocuklar İçin Dünya Zirvesi" yapıldı. İnsanlığın dörtte birinin yaşadığı yoksulluğun sona erdirilmesi, barışın sürdürülmesi ve çevrenin korunmasına yönelik sorunlar 10 öneri halinde çocuk boyutuyla ele alındı [18].
- 1995 Çocuk Hakları Sözleşmesi, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) onaylanarak Resmi Gazete'de yayınlandı [32].
- 2004 1999'da kapanan Uluslararası Çocuk Merkezi, Türkiye'de, Prof. Dr. İhsan Doğramacı'nın girişimleri ile dernek statüsünde açıldı. Merkezin amacı, gençler de dâhil olmak üzere, her yaştaki çocuğun hakları, yaşadığı aile ve toplum içindeki bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının gelişmesine destek olacak çalışmalarda bulunmaktı [33].
- 2005 Korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usul ve esaslarına ve çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri kapsayan Çocuk Koruma Kanunu yürürlüğe girdi [30].

2.4. Çocuk İstismar ve İhmalinin Sınıflandırılması

Çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ) farklı toplum ve kültürlerle, ailelerin eğitim konusundaki farklı bilgi ve inançlarına, farklı algılara ve zamana göre değişkenlik gösterir. Dünya genelinde çocuk istismar ve ihmali hakkında bilgi ve istatistikî veriler arttıkça, konunun tek bir başlık altında toplanamayacağı ve alt gruplar halinde ele alınması gereği ortaya çıkmıştır [34].

Çocuk istismarı ve ihmali genellikle dört kategoride ele alınır.

1. Fiziksel İstismar
2. Duygusal İstismar
3. Cinsel İstismar
4. İhmal [17,35]

Ancak son yıllarda elde edilen veriler sonucu ekonomik istismar, internette istismar (grooming) ve medya aracılığıyla istismar da gündeme gelmiştir.

2.4.1.Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, bir başka kişi tarafından uygulanan, kaza sonucu olmayan, çocuğa acı veren, gelişme ve işlevselliğinde sürekli zarara yol açabilen, aşırı bedensel ceza veya çocuğun hayatını tehlikeye sokabilecek her türlü şiddet hareketidir [36,37]. Tokatlama, ısırma, itme, tekmeleme, bir cisimle vurma, kemik kırma, evden kovma ve hatta öldürme fiziksel istismara örnektir [36]. Durdurulamayan ağlama, beslenme güçlükleri, yürümeyi öğrenememe, tuvalet eğitimi gibi, ebeveynler tarafından itaatsizlik olarak algılanan davranışlar, ebeveynlerin bebek ve küçük çocuklar üzerinde ölümcül saldırılarını tetikler [38].

Fiziksel şiddet uygulayan ebeveynler her zaman olmuştur ancak bu sorunun yaygınlığı son zamanlarda kabul edilmiştir [39]. WHO'nun 2014 raporuna göre, tüm dünyada yetişkinlerin %22.6'sı çocukluklarında fiziksel istismara uğramıştır [7].

Çocuklara yönelik kasıtlı fiziksel şiddetin en yaygın biçimi fiziksel olarak ceza uygulanmasıdır [40]. Bedensel ceza, beden üzerinde şiddete dayalı ceza uygulamaktır ve bireyi zorla çalıştırmaktan işkence ile yaralamaya kadar geniş bir yelpazedeki cezaları kapsar [41]. Genellikle, el veya bacağa tokat atma veya elle vurma, popoya vurma, çimdikleme, sarsma, kemer veya sopa gibi sert cisimlerle vurma, yüze tokat atma şeklinde karşımıza çıkar [42].

Dünya genelinde yapılan araştırmaların sonuçlarına göre; çocukların %80-98'ine fiziksel ceza uygulanmakta ve üçte birinde alet kullanımı olmaktadır. Dünya çocuklarının %2.4'ü fiziksel cezaya karşı yasalar tarafından koruma altında, ancak en az 30 ülkede çocukların kamçılanmasına ya da sopalanmasına ülkelerindeki ceza sistemleri izin vermektedir [40].

Çocuklara uygulanan bedensel ceza, kültürel onayın da etkisiyle sık ve yaygındır [43]. Bedensel cezaya karşı olanlara rağmen bunun kötü bir şey olmadığını ve disipline edici olduğunu savunanlar vardır [41]. Ebeveynlerin çoğu bedensel cezanın yan etkilerine inanmamakta ve ya dikkate almamaktadır [43]. Bazı ülkelerde, "makul ceza" veya "yasalar çerçevesinde ıslah" gibi gerçek ve savunular, yasalarda yer almakta iken, bazı ülkelerde kabul görmekte ve sessiz kalınmakta, yalnızca yaralanma durumu söz konusu olduğunda soruşturulmaktadır [40].

Vücutun farklı bölgelerine tekrarlayan vuruşlar dayak atma ve dövme olarak tanımlanmaktadır [42]. 2006 yılı Aile Yapısı Araştırması'na göre, 3-17 yaş grubu çocuğu olan babaların %17'si, annelerin de %35'i ceza olarak çocuklarını çeşitli nedenlerle, bazen dövdüklerini kabul etmiştir [44].

Yetişkinler çocuğa kendini kontrol etmesi, yani yasalara uyan ve şiddet uygulamayan bir yetişkin olması için disiplin amacıyla, şaplak ve ya dayak atmaktadır [45]. Dayağın etkisinin devamını sağlamak amacıyla da her defasında dozu artırılmaktadır. Dayak sonucunda çocuk agresifleşir, ebeveynlerle ilişkileri olumsuz etkilenir ve artık çocuk dövülemeyecek kadar büyüdüğüde ise disiplin daha da güçleşir [46]. 2011 Türkiye verilerine göre ebeveynlerin %16'sı çocuklarını ceza amacıyla bazen dövdüğünü belirtmiş, annelerin bu yöntemi daha yüksek oranda kullandığı görülmüştür. Ayrıca ebeveynlerin %39.6'sı da çocuğun eğitimini ihmal etmesi nedeniyle ceza uyguladığını belirtmiştir [47].

Henry Kempe ve arkadaşları tarafından 1962 yılında tanımlanan "Hırpalanmış Çocuk Sendromu", fiziksel istismarın ağır şekline maruz kalmış küçük çocuklarda kalıcı yaralanma ve ölümün en sık görüldüğü klinik durumdur. Bulguların oldukça değişken olmasına rağmen, çocukta olası travma, ihmal veya klinik bulgular ve aileden alınan öykü arasında belirgin tutarsızlık olduğu görüldüğünde "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" olabileceği düşünülmelidir [48].

Genel olarak fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, iskelet sistemi ya da sinir sisteminde tekrarlanan ve yıkıcı olabilen hasarlar görülebilmektedir. Bu tekrarlanan eziyet farklı yaşlardaki çocuklarda görülebilir ve retinal kanamalar, subdural hematom, uzun kemik ve kosta kırıkları ve konvülziyon, apne letarji gibi intrakraniyal hasara sekonder santral sinir sistemi disfonksiyonu ile kendini göstermektedir. [17,49].

Ayrıca ebeveynlerin tıbbi yardıma geç başvurması, tutarsız davranması, şüpheli veya düşmanca tutumları, ebeveyn ve çocuğun ilişkilerinin normal olmaması, öykü ve hasarın uyumlu olmaması ve çocuğun söyledikleri fiziksel istismar teşhisine yardımcı olacaktır [19].

Çocuklarda oluşan kaza morluklarının, kalça, bacak arkası, kol altı, karın, göğüs ve sırtlarında oluşması pek mümkün değildir. Ağız, yanak, vulva, penis ve anal bölgedeki morluklar kazara olmayan veya dayak sonucu oluşan morluklardır [50]. Kaza sonucu oluşan yaralanmalarda tüm ekimozlar aynı renktedir. Çocuğun vücudunda farklı renklerde ekimozlar mevcut ise, farklı zamanlarda meydana gelmiş demektir ve istismardan

şüphelenilmelidir [51]. Kazara olmayan morluklar yaralamaya neden olan aletin şekli ile tespit edilebilir. Çocuk istismarında, parmaklar, eller, sopa, kemer ve ya kordon izleri görülebilir. Çocuğu zorla tutma sonucu, üst kolda kavrama izleri, kol veya göğüste parmak ucu çürükleri görülebilir. İnsan ısırıkları hilal veya oval şeklinde morluklar bırakır. Vücudun herhangi bir yerindeki doğrusal paralel lezyonlar tırnak izi olabilir. İnce doğrusal veya paralel işaretler ya da hilal şeklindeki izler kamçılama sonucu ortaya çıkabilir. Yuvarlak hatlı izler sigara yanıklarından olabilir [50]. Ayrıca, kemik hastalığı olmayan çocuklarda görülen, uzun kemik kırıklarının spesifik bir tipi olan “köşe kırığı”, metafizel “kova sapı” kırığı ve arka kosta kırıkları fiziksel istismar açısından karakteristiktir [52].

2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome - SBS)

İlk olarak 1971 yılında Guthkelch ve 1972 yılında da John Caffey tarafından dikkat çekilen bir konudur [53]. SBS genellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda kötü davranma sonucu oluşan kafa travmasını açıklamak için hekimler ve halk tarafından kullanılan bir terimdir [54]. Kafa travmaları özellikle ilk 6 ay olmak üzere, genellikle 2 yaş altında bazen de 5 yaş üzerinde görülmektedir [55,56]. Bebeğin çok ağlaması sonucu erişkinin çaresizlik yaşaması, öfkelenmesi ve kontrolünü kaybetmesi temel nedenidir [3]. Ayrıca, çevresel, sosyal, biyolojik, ekonomik durumları nedeniyle stres yaşayan ebeveynler daha düşüncesiz ve saldırgandır [56].

Bu sendrom baş ve boyunun tekrarlayan fleksiyonu, ekstansiyonu ve döndürülmesi [57], sarsmak, atmak, bilerek bırakmak, elle vurmak, nesne ile vurmak, itmek, kapmak, çekmek, sürüklemek, yumruk ve tekme atmak şeklinde uygulanabilir [35]. Künt darbe ya da sallama ve künt darbe kombinasyonunun neden olduğu hasarlar nörolojik yaralanmalara potansiyel oluşturur. Omurilik yaralanması ve ikincil hipoksik iskemik yaralanma, kurbanlarda kötü sonuçlara yol açabilir [54].

Kurbanlarda iç hasar bırakarak yüksek ölüm oranına yol açan kafaya vurmak veya sarsmak, çocuğun karnına, göğsüne veya her ikisine birden saldırmaktan daha çok görülür. Kurbanların %20 ila 25'i ölür ve kurtulanların çoğunda ise beyin hasarı gelişir [38]. Bunun sonucunda da zekâ geriliği, serebral palsi ya da körlük gibi uzun vadeli sonuçlar ortaya çıkar [17].

“Arizona Çocuk Ölümleri İnceleme Timi”nin çalışmasında 1995-1999 yıllarında gerçekleşen 4806 çocuk ölümünün 15’inin (%0.31) SBS ve 38’inin (%0.79) de künt travma sonucu olduğu tespit edilmiştir [58]. 2005 yılı verilerine göre de, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), her yıl 1200-1500 çocuk SBS’ye maruz kalmakta ve 300 çocuk bu sebeple ölmektedir [59]. Dünyada birçok gelişmiş ülkeye kıyasla Türkiye’de vaka sayısı azdır. İnsidansı tam olarak bilinmemekle birlikte, acil servise kafa travması ile gelen vakaların çoğunluğunun atlandığı görülmektedir [60].

Bu sendromda ebeveynlerden alınan öykü genellikle yanıtıcı olabilmektedir. Yapılan tetkiklerde, retina kanamaları, kırıklar, hemisferler üzerinde ve inter hemisferik fissürde subdural kanama ve ilerleyen dönemlerde de beyin ödemi görülebilir [17,3].

2.4.1.2. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Syndrome - MBP)

İlk kez 1977 yılında literatürde ortaya çıkan, çocuk istismarının alışılmadık bir şeklidir ve çocuklarıyla ilgili hastalık hikâyeleri uyduran ve bu hikâyeleri fiziksel belirtiler üretmek için anneler için kullanılmıştır [61,62].

MBP’de savunmasız çocuklar, ağırlı ve yaşamı tehlikeye sokan işlemlere, tekrarlanan tıbbi müdahale ve prosedürlere maruz bırakılır [63,64]. Akut belirtiler ve hastalık semptomları, çocuk ebeveynlerinden uzaklaştırıldığında ortadan kalkar [64]. Literatürde vakalar, birkaç haftalık bebeklerden, geç ergenliğe kadar geniş bir yaş grubundadır [65].

Fail yaklaşık %90 ile %98 oranında kadındır ve bu kişi %85 oranında annedir [66]. Fail sağlık çalışanı ya da sağlıkla ilgili bir eğitim almış olabilir [3]. Yapılan çalışmalara bakıldığında farklı yaş ortalamalarında görülmekte ancak tüm çocukluk dönemlerinde rastlanabilmektedir [66].

MBP oldukça ölümcül bir çocuk istismarı çeşididir. Yapılan çalışmalarda ölüm oranı %6 ile %10 arasında bildirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi, Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu (ÇİDAT) grubu tarafından 2005-2008 yılları arasında yapılan çalışmada 102 istismar olgusunun %3.9’i MBP tanısı almış ve bir vaka boğulma sonucu ölmüştür [67].

MBP’de hiçbir hastalığa uymayan ve sebebi açıklanamayan bulgular vardır. Bulgular uzun sürer ve sık sık tekrarlar. Öykü ile tanı koymak zordur. Ebeveynler tedavi sürecinde sakin ve ilgili görünür ve her tür tıbbi girişime de izin verirler. Geçmişte, ailede başka çocuklarda da benzer bulgular ve hatta açıklanamayan çocuk ölümleri olmuştur. Fail nadiren gerçeği itiraf eder. [3].

2.4.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, bir yetişkin ya da yaşça büyük biri tarafından çocuğa yönelik aşağılayıcı, küçük düşürücü ve çocuğun kendine güvenini zedeleyici tutum ve davranışlardır [36].

ABD’de 1974 yılında çıkarılan “Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı” isimli yasada “mental hasar” terimiyle ilk kez duygusal istismara dikkat çekilmiştir. Çocuğun özsaygısının ve kişiler arası ilişki kurma becerisinin önlenmesi, benliğinin zarar görmesi, çocuğun cezalandırılması ve gelişiminin zedelenmesi gibi birçok kavramla açıklanmaya çalışılmıştır [19].

Duygusal istismarın, somut göstergeleri yoktur ayrıca tek başına veya diğer istismar türleriyle birlikte de bulunabilir. Ancak ergenlik dönemindeki çocuklarda genellikle tek başına görülmektedir [19].

Duygusal istismarda kültürel ve sosyal yapının önemli rolü vardır. Yoksulluk, işsizlik, suçluluk, olumsuz fiziki koşullar önemli risk faktörleridir [68]. Ayrıca, istenmeyen çocuk ve özürlü çocuk, yetersiz, deneyimsiz veya baskın ebeveynlik, aile içi şiddet ve disfonksiyon, boşanmış aile, madde bağımlılığı, düşük benlik, stres, psikolojik sorunlar ve intihar denemeleri de diğer risk faktörleridir [69].

Duygusal istismara neden olan ebeveyn davranışları:

- Reddetme: Yetişkinlerin çocuğun ihtiyaçlarını görmezden gelmesi ve onu birey olarak görmemesi.
- Tek başına bırakma: Çocuğu izole ederek, yetişkinlerle veya yaşlılarıyla iletişim ve etkileşime geçmesine imkân tanımamak.
- Yıldırma / Korkutma: Çocuğu sözlü ya da fiziksel saldırılarla korkutmak.

- Suça yöneltme / Yozlaştırıcı tutum: Çocuğu anti sosyal olmaya yönlendirmek, suç teşkil eden davranışlar öğretmek, uygunsuz davranışları geliştirmeye ve yapmaya zorlamak ya da teşvik etmek.
- Duygusal tepki vermeyi reddetme / İhmal edici tutum: Çocuğun, sağlıklı gelişimi için önemli olan duygusal tepkilerden ve etkileşimden mahrum bırakılması.
- Aşağılama: Çocuğu hor görme, küçük düşmesini sağlayacak davranışlarda bulunma ve tehdit etmek.
- Kendi çıkarına kullanma: Ebeveynin kendi çıkarını düşünerek çocuğu kullanması.
- Yetişkinleştirici tutum: Çocuğun, vaktinden önce yetişkin gibi davranarak, akademik, fiziksel ve sosyal becerilerinde çok hızlı ilerleyip çabuk büyümesini ve bir an önce başarı elde etmesini istemek.
- Aile içi şiddet: Çocuğun ebeveynler arasındaki şiddete tanıklık etmesi [70,68,3].

Duygusal istismarın çocuk üzerindeki etkileri ne kadar geç tanımlanır ise geri dönüşü de o kadar zor olur [69]. Duygusal istismar kronikleştiğinde çocuğun benlik duygusu ve kişisel güvenliği ortadan kalkar. Duygusal istismar aşağıdaki uzun vadeli sonuçlara yol açar:

- Düşük benlik saygısı, kötü duygusal durum ya da yaşam görüşü, anksiyete belirtileri, depresyon ve intihar veya intihar düşünceleri (ve ilgili davranışlar) olmak üzere içsel düşünceler.
- Duygusal istikrarsızlık, sınırda kişilik, duygusal tepkisizlik, dürtü kontrol problemleri, öfke, fiziksel öz istismar, yeme bozuklukları ve madde kullanımı da içeren duygusal sağlık.
- Anti sosyal davranışlar, bağlanma sorunları, düşük sosyal yetkinlik, düşük sempati ve diğerleri için empati, kendini izole etme, uyumsuzluk, cinsel uyumsuzluk, bağımlılık, saldırganlık, şiddet ve suçluluk.
- Düşük akademik başarı, öğrenme bozuklukları ve bozulmuş ahlaki akıl.
- Gelişme geriliği, somatik yakınmalar, kötü yetişkin sağlığı ve yüksek mortalitenin de görüldüğü fiziksel sağlık [70].

Duygusal istismarın varlığını ve boyutlarını belirlemede, sağlık profesyonelleri dikkatli olmalıdır. Ebeveynlerin, bakımdan sorumlu kişilerin ve çocuğun davranışları gözlemlenmeli ve araştırılmalıdır. Tüm etkenler göz önünde bulundurularak, yaşanan istismarın şiddeti belirlenmelidir. Çocuğun yaşı duygusal istismarda belirleyicidir. Çocuk ne kadar küçük ise etkilenme de o kadar çoktur. Çocuk değerlendirilirken cinsiyeti ve gelişim evresi dikkate alınmalıdır. Aile içinde şiddet yaşanırken çocuğun konumu iyi değerlendirilmelidir [68].

2.4.3. Cinsel İstismar

Kempe 1978 yılında, çocuğun cinsel istismarını, “olgunlaşmamış çocukların anlamadan ve kendileri istemeden seksüel ilişkide kullanılmaları” olarak tanımlamıştır [19]. TCK'nın 103. maddesinde ise, cinsel istismar deyiminden;

a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî 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 [14].

En genel tanımı ile yetişkin veya yaşça büyük bir başka çocuğun kendi cinsel doyumunu sağlamak için, yasal olarak rıza yaşında olmayan çocuğa yaptığı tüm davranışlar, cinsel istismar olarak tanımlanır [71]. Tecavüz (oral, anal veya vajinal yollara, penis, parmak veya cinsel objeyle penetrasyon) ve cinsel taciz (genital temasın penetrasyon içermeyen formu) en ağır formlarıdır. Ayrıca cinsel istismar yetersiz ve uygunsuz denetimle gerçekleşen çocuğun gönüllü cinsel faaliyetlerini de içerir [72].

Fiziksel temas içeren veya içermeyen, oldukça geniş yelpazedeki birçok eylem söz konusudur. Bu davranışlar oral-genital, genital-genital, genital-rektal, el-genital, el-göğüs temasları, cinsel objeler ile temas, cinsel organlarını göstermek, cinsel organların zorla gösterilmesi, gizlice izleme (röntgencilik), pornografik görüntüler izletmek veya pornografik çekimlerde kullanmak şeklinde olabilir [71,3,35].

Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması’nda 7-18 yaş grubu çocukların en az %10’unun cinsel istismara tanık olduğu, en az %1’inin pornografik materyallere bakmaya zorlandığı ve de en az %0,5’inin dokunma veya dokunulmaya zorlandığı görülmektedir [44].

Cinsel istismarın birçok risk faktörleri bulunmaktadır. Kız çocuk olmak (özellikle de 6 yaş civarında), arkadaş çevresinin olmaması, izole ve fonksiyonsuz aile, ailede alkol ve uyuşturucu kullanımı, ebeveynlerin geçmişinde cinsel istismar, intihar veya suç işleme öyküsü, ailede ve okulda sorunlar, düşük zekâ ve eğitim düzeyi, düşük benlik, anne ile yakın ilişki kuramamak, anneden ayrı olmak, baba sevgisinden uzak olmak, düşük sosyoekonomik düzey, kız çocuğun öz babadan ayrı olması, genç üvey baba, anne gece çalışırken üvey babanın bakımı üstlenmesi, yetişkinlerle aynı odada yaşamak ve cezacı cinsel eğitim bu risklere örnektir [68].

Çocuklara cinsel istismarda failerin kullandıkları yöntemler:

- Baskı, zorlama ve tehdit yoluyla henüz gelişimini tamamlamamış çocuğun korku zaafını kullanmak.
- Şantaj yapmak.
- Çocukları hediyelerle, lüks ve gösterişle aldatıp, kandırarak ikna etmek.
- Çocukların, ilgi, şefkat ve sevgi gereksinimlerini suistimal etmek.
- Çocuğun yakınındaki kişilere olan güven duygusunu kötüye kullanmak ve bu şekilde çocuğu zedelemek.
- Çocukların fiziksel, duygusal ve zihinsel olarak kendine yetememe ve yetişkinlere bağımlı olma zaafını kullanmak.
- Özellikle, sorunları olan çocuğun arkadaş edinme ihtiyacını kötüye kullanmak.
- Fuhuş sektöründeki çocukları cinsel haz amacıyla para karşılığı kullanmak [73].

Genel kanının aksine cinsel istismar uzun bir süreçte yaşanır ve istismarcı genellikle çocuğun tanıdığı, görüştüğü ve güvendiği biridir [74,3]. Andrews ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da bunu doğrular nitelikte, istismarcıların %90’ının çocuğun yakını olduğu tespit edilmiştir [75]. Bu kişiler; baba, erkek kardeş, amca, dayı, yakın aile dostu, tanıdık veya arkadaş olabilir [50].

Cinsel istismar suçu tabi ki de cezasız kalmamakta ve TCK'da “çocukların cinsel istismarı” (103. madde), “reşit olmayanla cinsel ilişki” (104. madde) ve “cinsel taciz” (105. madde) başlıkları altında ele alınarak suçun içeriğine göre failin alacağı cezalar ayrıntılarıyla belirtilmektedir [14]. Çocukta cinsel istismarın neden olduğu mental, duygusal ve davranışsal sorunlar olaydan hemen sonra başladığı gibi değişik boyutlarda, uzun süreli tepkilere de yol açmaktadır [74].

Fail çocuğun ailesinin bir üyesi olduğunda, istismar davranışlarının yanlış olduğunu anlamak çocuk için zordur. Ayrıca herhangi bir aile üyesi tarafından istismar edilen çocuk, faile karşı hissettiği sadakat, adaletsizlik, suçluluk, bağımlılık ve güven gibi karışık duygular nedeni ile istismarı açıklama konusunda çok kararsızdır [76]. İstismarcı tanıdık ise çocuk daha da derinden sarsılır ve yaşam boyu sürecek psikolojik sorunlar gelişir [74].

Cinsel istismarın çocuk üzerindeki yıkıcı etkileri:

Zedelenmiş cinsellik: Cinsel istismar sonucu çocuğun cinsel duyguları ve tutumları normal gelişimlerinden sapabilir. Çocuk tüm hayatı boyunca cinselliği yanlış tanımlar. Bunun sonucunda da cinsellikten korkar, kaçınır ve kaygı yaşar. Ayrıca yetişkin olduklarında, cinsel isteksizlik, doyum yaşayamama ve diğer ciddi fonksiyonel sorunlar yaşarlar. Ebeveyn olduklarında da kendi çocuklarını istismardan korumakta başarısız olurlar.

Güvensizlik ve ihanet duygusu: Çocuklar çoğunlukla aile üyesi, akraba veya tanıdığı biri tarafından cinsel istismara uğrar. Bunun sonucunda da güven duygusunu yitirerek kendilerini ihanete uğramış hissederler. Eğer fail yabancı ise bu duygular daha az hissedilmekle birlikte bu seferde kendisini koruyamadıkları için ailesine kızar ve öfke duyar, güvenini yitirir ve ihanete uğradığını düşünür.

Çaresizlik ve acizlik: Çocuk, cinsel istismara maruz kaldığında özellikle de bu olay tekrarlandığında kendisini çaresiz ve aciz hisseder. Çocukta; öfke, endişe, korku, bedensel şikâyetler, okula gitmeme, öğrenme güçlüğü, suç işleme, saldırganlık ve intihara meyilli olmak şeklinde ortaya çıkabilir.

Damgalanmak: Çocukta cinsel istismara eşlik eden, kirlenmişlik, utanç ve suçluluk gibi kavramlar, çocuğun benlik algısını bozar. Saldırgan, bu durumu kullanarak çocuğu baskılar ve istismarı gizleyebilir. Çevre ve aile baskısı nedeniyle çocuk kendini yalnız, yalıtılmış ve etiketlenmiş hisseder [77,78].

2.4.3.1. Ensest

Failin; kızı, kardeşi, annesi veya torunu olduğunu bildiği bir kişi ile vajinal ilişkiye girmesidir. Bu tanıma bakıldığında ensest ilişki, üvey babaları, evlat edinen babaları ve vajinal ilişki dışındaki cinsel eylemleri içermemektedir [79]. Ensest, genel tanımı ile akraba aşkı olarak da tanımlanır. Tarih boyunca toplumlar tarafından yasaklandığı için de genellikle gizli tutulmuştur. Bir diğer tanımla ensest, hukuksal, ahlaki ve dini kurallara göre evlenmeleri yasak olan yakın akrabaların cinsel ilişkiye girdikleri cinsel sapkınlık çeşididir [80].

Bu noktada Türk Medeni Kanunu'nun (TMK) "hısımlık" başlıklı 129. maddesine bakacak olursak,

1. Üstsoy ile altsoy arasında; kardeşler arasında; amca, dayı, hala ve teyze ile yeğenleri arasında,
2. Kayın hısımlığı meydana getirmiş olan evlilik sona ermiş olsa bile, eşlerden biri ile diğerinin üstsoyu veya altsoyu arasında,
3. Evlât edinen ile evlâtlığın veya bunlardan biri ile diğerinin altsoyu ve eşi arasında evlilik yasaktır [81].

TMK'ya bakıldığında evlenmesi yasak kişiler aslında oldukça geniş bir grubu kapsamaktadır. Son yıllarda, çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin tümünün ensest kapsamında değerlendirilmesi ve vajinal ilişki haricindeki cinsel eylemlerin de bu kapsamda ele alınması gibi farklı görüşler bulunmaktadır [82,81].

Alikaşifoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınlanan çalışmalarında, 1955 katılımcı kız öğrencinin (lise) %13.4'ü, bu güne kadar en az bir kez cinsel istismar yaşadığını ve tacizi gerçekleştiren faillerin %93'ünün erkek olduğunu bildirmiştir. Ayrıca katılımcı öğrencilerin %1.8'i de aile içi cinsel istismar (ensest) yaşadığını ifade etmiştir [83].

2.4.3.2. Pedofili

Pedofili yetişkin birinin çocuklara cinsel ilgi duyduğu sapkınlığı ifade eden klinik tanı ve tedavisi gereken bir suçtur [79,68,84]. Bazı failler kız çocuk yerine erkekleri, bazıları da her iki cinsi birden tercih ederler. Kız çocukları genellikle 8-10 yaş grubundan

seçilirken, erkek kurbanlar daha büyük yaş grubundandır [68]. Puberte öncesi çocukları tercih eden faillere “pedofiller”, puberte sonrası çocukları tercih edenlere “hebefiller”, fiziksel olgunluğa ulaşmış çocukları tercih edenlere “telofili” ve yalnızca bebekleri tercih edenlere de “infantfili” denir [84].

Cinsel istismar vakalarında tanı ağırlıklı olarak çocuktan alınan öykü ile konur. Ancak sorulan sorular seçilirken çok dikkat edilmeli, yüklü ve yanlı soruların yanıltıcı olduğu unutulmamalıdır. Fizik muayene özellikle de anogenital muayene, öykü ve laboratuvar bulguları olmadan tek başına tanı koydurmaz. Çünkü genital penetrasyon olsa bile, anogenital dokulardaki zedelenmeler çok çabuk iyileşebilir ve genelde mağdurlar olaydan çok sonra muayene olmaktadır [9,3].

Cinsel istismarın en bariz ve en sık görülen kanıtı adölesan gebeliklerdir. Özellikle kız çocuklarda gonore, sifiliz, zührevi siğil, genital herpes gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı, genital yaralanma, karın ağrısı, kabızlık, kronik veya tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ya da davranışsal problemler sergilemek, çocuğun cinsel istismara uğradığının belirtileridir [50,17]. Genital organdan (penis veya vajen) ya da rektumdan anormal veya kanlı akıntı da cinsel istismar travmalarının bir semptomudur [50].

2.4.4. Ekonomik İstismar

Çocuğun ekonomik istismarı, temel haklarını ihlal eden, eğitimini engelleyen veya zarara uğratan ya da ahlakını, bedensel ve ruhsal sağlığını bozan ve toplumsal gelişimini engelleyen her türlü çalışma alanında çocuğun kullanılmasıdır [85,3]. Çocuk işçiliği ve çocuğun çalıştırılması bu tanım kapsamına girer. Çalıştırılması sonucu çocuğa, bedensel, ruhsal ve zihinsel kapasitelerini zorlayan ve aşan sorumluluklar yüklenmektedir [86]. 2012 Çocuk İşgücü Anketi sonucuna göre Türkiye’de 6-17 yaş grubu çocukların %5.9’u ve çalışanların %44.7’si de tarım sektöründe çalışmaktadır [87].

Çocuklar, çalıştıkları iş yeri ve ortamlarda, diğer çalışanlar, işverenler, müşteriler ve aile bireyleri tarafından fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet davranışlarına karşı korumasız bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedirler [3]. Ayrıca bazı çocuklar çalışmak için bir işyeri ortamı dahi bulamamakta ve sokakta her türlü işleri yapmaktadır. Bu çocuklardan bazıları sokağa terk edilmiştir ve bir evi ya da aile bağı yoktur. Bazıları ise sokakta olmayı kendi

tercih etmektedir. Bir diğ er grup da sosyal ve ekonomik nedenlerle sokakta çalışmaktadır. Sokaktaki çocuklar bütün risklere daha fazla açıktır [88].

Yoksulluk çocuk istihdamına sebep olan en önemli etkendir. Yoksullukla birlikte çocuğun emeği, yaşamın sürdürülebilirliği açısından önem arz eder. Çalışma sürecinde de çocukların eğitimleri aksayabilmektedir. Çocuklar eğitimlerinden uzak kaldıklarında, ileriki hayatlarında da yüksek gelir getirici işlere sahip olamamaktadır ve yoksulluk kronikleşmektedir [86].

Çocuk işçiliğinin ve çocuğa uygulanan ekonomik istismarın, çocukların sağlık, güvenlik veya ahlaki gelişimleri bakımından en zararlı şekilleri:

- Çocuğun alım satımı, zorla ya da zorunlu çalıştırılması, kölelik,
- Çocuğun, fahişelik, pornografik yayın üretimi ve gösterilerinde kullanımı,
- Uyuşturucu üretimi ve ticareti gibi yasal olmayan işlerde kullanımı [85].

Ayrıca çocukların dilencilikte kullanılması da söz konusudur. TCK'nın 229. maddesi, çocukların dilencilikte kullanılması durumunda, faile bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası, kan bağı bulunan kişiler tarafından yaptırılması durumunda cezanın yarı oranında artırılması ve bu suçun örgüt faaliyeti olarak işlenmesi durumunda da cezanın bir kat artırılmasını içermektedir [14].

Çocukların korunmasında Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 32. maddesi önemlidir.

Madde 32'de:

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

2. Taraf Devletler bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri göz önünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar:

- a) işe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tespit ederler;
- b) çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar;

c) bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler [89].

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde de görüldüğü üzere çocukların ailelerinin yanı sıra devletler tarafından da ekonomik istismardan korunması gerekmektedir. Öncelikle ekonomik olarak istismarı önleme çalışmaları planlanmalı ve sonra da çocukların yaşlarına göre çalışabilecekleri işler, sosyal güvenceleri, çalışma saatleri gibi düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca çocuk işçiliğinin zararlı ve sömürücü biçimlerine maruz kalan çocukların korunması, rehabilite edilmesi ve topluma kazandırılması için gerekli tedbirler alınmalıdır [85].

2.4.5. İhmal

Çocuk ihmali, fiziksel, duygusal, cinsel, medikal ve eğitim konularında ebeveynlerin başarısızlığını gösterir. Bu ihmal davranışlarının sonucunda, çocukta büyüme gelişme geriliği, düşük zekâ düzeyi, derslerde başarısızlık, duygusal incinme, saldırganlık, depresyon, güvensizlik, suça yatkınlık ve hatta ağır ihmaller de ölümle sonuçlanabilir [39,35]. Çocuk ihmali, çocuğun doktor veya hemşire ile teması olmazsa, uzun süre fark edilmeden sinsi şekilde devam edebilir [39].

Bazen kültürel değerler, toplumda bakım standartları ve yoksulluk gibi faktörler ailenin bilgi veya yardıma muhtaç olduğunun göstergesidir. Ebeveynler bilgileri ve kaynakları kullanmak konusunda başarısız olur ve çocuğun sağlığı ya da güvenliğini riske atarsa, o zaman çocuk esirgeme müdahalesi gerekebilir [35].

TMK'nın 346. maddesinde; “çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hâkim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır” ve 347. maddesinde de “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” ifadeleri yer alır [90].

TCK'nın 233. maddesinde ise; “aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ve “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” hükümleri yer alır [14].

Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması verilerine göre 7-18 yaş grubu çocukların %25’inin son bir yıl içinde ihmale maruz kaldığı ve en çok yaşanan ihmalin de yalnız bırakılmak olduğu tespit edilmiştir. Çocuklar genel olarak ihmalde bulunan kişinin parasal sorunlarını neden olarak göstermiştir [91].

2.4.5.1. Fiziksel İhmal

Çocuğun bakımından sorumlu kişi tarafından, beslenme, giyim, barınma, bakım ve gözetim gereksinimlerinin karşılanmaması ya da sosyal ve fiziksel tehlikelerden korunamaması sonucu çocuğun ihmal edilerek sağlığına ve refahına zarar verilmesi durumudur [39,3,36]. Bu davranışlar kasıtlı olabileceği gibi, devletin, ailelerin ve toplumun çocuklar için gerekli bakımı sağlamada yetersizliği veya ebeveynlerin gerekli bakımı bulma konusunda başarısızlığı ve arayışta mazeretsiz gecikmeleri sonucu da ortaya çıkabilir [36,35].

Fiziksel ihmal davranışları:

- İntrauterin ihmal: Gebelik sırasında annenin uyuşturucu, ilaç, alkol, sigara kullanması, yetersiz beslenmesi ve tıbbi bakım almaması [92].
- Yetersiz beslenme: Çocuğun büyüme geriliği ile saptanan, yetersiz beslenmesi veya uzun zaman aralıklarında aç bırakılması [93]
- Yetersiz temizlik ve hijyen: Çocuğun ve giysilerinin kirli ve pis kokulu olması [92,94].
- Yetersiz barınak: Çocuğun yaşadığı evin kalabalık, bakımsız (kırık dökük) ve pis olması, güvenli olmaması [92].
- Uygunsuz giyim: Çocuğun yaşına göre ve ya mevsime uygun olmayan kıyafetler giydirilmesi [92,94].
- Mekik dokuma: Ebeveynin çocuğu istememesi sonucu uzun günler hatta haftalarca başkasına bırakması [95].

- Terk etme: Çocuk için uygun bakımı sağlamadan onu terk etmek [95].
- Velayet sorunları: Ebeveyn tarafından velayetin reddi, yasa dışı transferi veya tanımlanmamış kararsız gözetim düzenlemeleri [35,95].
- Çevresel tehlikelerden korumama: Ev içinde ve dışında çocuğun düşme, zehirlenme, yabancı cisim aspirasyonu ve sigara dumanından korunmaması, trafikte çocuğa emniyet kemeri ve bisiklet kullanımında kask takılmaması gibi birçok uygulama [93].

2.4.5.2. Duygusal İhmal

Genel tanımıyla, çocuğun sağlığı ve iyiliği için gerekli olan fizik ve manevi ilgi eksikliği, sosyal ve bilişsel uyarı sağlamakta başarısızlık ve çocuğun problemlerine yardım etmede başarısızlıktır [50]. Diğer bir tanımla çocuğun, sevgiyle dokunulmak, güven duymak, düzen, sosyalleşmek, kendini değerli görmek, uyarılmak ve duygularını dışa vurmak gibi temel gereksinimlerinin karşılanmamasıdır [68].

Duygusal ihmal riskleri:

- Çocuğun, sevgi, duygusal destek ve ilgi ihtiyacına devamlı ve belirgin bir ihmalkârlık,
- Aile içinde veya eşler arasında devamlı ya da aşırı istismar,
- Çocuğun uyuşturucu ya da alkol kullanımının ebeveyn ya da bakıcı tarafından teşviki ya da izin verilmesi,
- Ebeveyn veya bakıcının bir sorunun varlığının ve ciddiyetinin farkında olmasına rağmen çocuğun uyumsuz davranışlarına izin vermesi veya teşvik etmesi,
- Duygusal ya da davranışsal bozukluk tanısında gerekli özeni göstermemek,
- Ebeveynin çocuk üzerinde aşırı koruyucu olması,
- Ebeveynin uygun olmayan aşırı beklentileri [35,95].

“Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması”na (2012) göre, çalışmaya katılan çocukların (n:440) %25.7’si ev içinde ihmale maruz kaldığını ve en çok evde onunla ilgilenilmediğini hissettiklerini dile getirmişler [96].

2.4.5.3. Cinsel İhmal

Çocuğun cinsel sömürüden korunamamasıdır. Cinsel ihmal davranışları ileride davranış bozukluklarına yol açabilir.

Cinsel ihmal davranışları:

- Tedbir alınmaması sonucu çocuğun ebeveynlerin yaşadığı cinselliğe tanık olması,
- Çocukların medya veya internet aracılığıyla pornografi veya uygunsuz film izlemeleri konusunda gerekli önlemlerin alınmaması,
- Çocuğun cinsel gelişimine gereken önemin verilmemesi,
- Çocuğun cinsiyetine ve yaşına uygun olmayan kıyafetler giydirilmesi [97],
- Yaş dönemine ve cinsiyete uygun oyuncak seçilmemesi [98].

2.4.5.4. Medikal İhmal

Medikal ihmal, çocuğun sağlığı için yeterli bakımı sağlamamaktır. Çocuklar için hayatı tehdit edici, başarısız sağlık bakım uygulamaları yapan aileler medikal ihmalsi olarak tanımlanmaktadır [50].

Ebeveynlerin, çocuğun genel sağlığı ve ağız sağlığı için hekimlerin tavsiyelerine uymaması, çocuklarını sağlık kuruluşuna zamanında getirmemesi, cehalet, bakım ihtiyaçlarını tam olarak anlamaması, ekonomik sıkıntılar, sağlık kuruluşuna ulaşımın zor olması ve sosyal güvencenin olmaması gibi nedenlerle gerçekleşebilir [50,92]. Bu noktada ailenin uygun medikal yardımı aldığını görmek ve ailenin medikal uygulamaların önemini anlamalarını sağlamak profesyonellerin sorumluluğudur [50].

2.4.5.5. Eğitim İhmali

Devlet tüzük ve politikaları farklılıklar gösterse de, tüm ebeveyn ve okullar çocukların eğitimleriyle ilgili bazı ihtiyaçlarını karşılamakla sorumludurlar. Eğitim ihlali, ebeveynlerin çocuğun yaşı ve gelişimiyle uyumlu eğitim alma hakkının ihlal etmiş olması durumu olarak tanımlanmaktadır [99,3].

Eğitim ihmalinin göstergesi davranışlar:

- Çocuğun okul eğitimine gerekli özeni göstermemek: Ebeveyn ya da bakım vericinin çocuğun zamanında okula yetişmesini sağlamaması (stünü giydirme ve çocuğu okula zamanında gtirme), çocuğa evde ocuk baktırılarak veya çalıştırılarak okulda daha başarısız olmasına neden olunması eğitim ihmalidir [50]. Ayrıca okula giden bir çocuğun okuldaki sorunları, başarısızlığı veya dersleriyle ilgilenilmemesi de eğitim ihmalidir [98].
- İzin verilen kronik devamsızlık: Ebeveyn veya bakımdan sorumlu kişi tarafından alışkanlık haline gelmiş devamsızlığa izin verilmesi ve müdahale edilmemesidir.
- Çocuğun okula kayıt ettirilmemesi sonucu devamsızlık: Zorunlu okul çağındaki bir çocuğun yaşına uygun eğitim alması için gerekli zamanda okul kaydının yapılmaması ve ya yaptırılmamasıdır.
- Özel eğitim ihtiyaçlarına dikkat edilmemesi: ğrenme bozukluğu tanısı veya özel eğitim ihtiyacı olan çocuğun takip ve tedavisinde ihmal ya da tavsiye edilen eğitim hizmetlerini elde etmede başarısızlık [99,35].

2.4.6. İnternet ve Medyada ocuk İstismarı

Geçmişte ocuklar, ebeveynler ve eğitimcilerden bilgi edinir ve etkileşime girerken, günümüzde bu kaynaklara sosyal medya ve televizyon da eklenmiştir [100]. Çocukların medya ve elektronik medyaya erişimi, ebeveyn veya bakmakla yükümlü kişiler tarafından denetlenmez ise çocuklar uygunsuz bilgiye ve şiddete maruz kalabilir [101].

2.4.6.1. İnternette ocuk İstismarı

Çocuklar internette ev devi yapabilmekte, arkadaşlık kurarak sosyalleşebilmekte ve fikirlerini beyan edebilmektedir. Ancak internet birçok risk teşkil etmektedir. Çocukların internet kullanımı sonucu, akran istismarı, cinsel istismar ve ocuk pornografisi sorunları karşımıza çıkmaktadır [102,101]. İnternette akran istismarı; aynı yaş grubunda ve birbirini tanıyan çocukların internette gizli bir profille diğer çocuğu istismar etmeleri veya hoş olmayan sözler ve fotoğraflar yayınlamalarıdır [102].

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki son gelişmeler, uygunsuz cinsel merakları olan yetişkinlere, potansiyel cinsel istismar kurbanı çocukları kandırarak iletişim kurmak için olanak tanımaktadır. Özellikle cinsellik merakı olan adölesanlar, saf, düşük benlik saygısı ve güven eksikliği olan çocukların suçlular tarafından hedef olması daha olasıdır [103].

Bazı klinisyenler ve araştırmacılar fiili cinsel istismar öncesi, baştan çıkarma aşaması olarak “grooming” terimini kullanmaktadır [104]. İnternet pedofililer için çocuklara kolay ve kimliği tespit edilemeyen bir erişim sağlar [105]. İnternet ortamında, erişkin birinin kendini akranı gibi tanıtır, çocukla arkadaşlık kurmasına “çevrimiçi grooming” denir. Erişkin kişinin, savunmasız çocuğun güvenini kazandıktan sonra gerçek dünyada onunla buluşarak çocuğu istismar etmesi de söz konusu olabilir [102].

Çevrimiçi istismar gençler arasında nispeten bilinmeyen ve gizli tutulan bir olgudur. Bu tür suçların oranlarındaki hızlı yükseliş göz önüne alındığında, tutarlı bir anlayış ve kanıta dayalı bir müdahale amacıyla, grooming ve cinsel istismarın önlenmesinde ve gerçekleştirildikten sonra olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde, toplum tarafından desteklenen bilinçlendirme kampanyaları yardımcı olur [106]. Çocuk ve ebeveynlerin dikkatli olmalarını sağlamak için en önemlisi de, onlara bu gibi suçların nasıl önlenebileceğini öğretmektir [103].

Child Exploitation and Online Protection (CEOP) verilerine göre çocuklar için en riskli çevrimiçi ortam %48.5’lik oranla sosyal ağdır ve 12-15 yaş arası çocuklar çevrimiçi arkadaşlarının ancak %25’ini tanımaktadır [107].

İnternet ortamının bir diğer riski ise bilgisayar oyunlarıdır. Özellikle akıl, şehvet ve öfke duygularına hitap eden, içerisinde yoğun olarak çözülmeyi bekleyen problemler, müstehcenlik ve şiddet işlenen ve ya ırkçılık ve din çatışmaları içeren oyunlardır. Bu oyunlar çocuklarda bağımlılık yapar. Çocukların zihinsel, ruhsal ve bedensel hayatlarını da alt-üst ederek, stres, saldırganlık, sürekli endişe, korku ve gerginlik hali, içine kapanıklık ve anti sosyal davranışlar sergilemeleri ile sonuçlanır. Ayrıca hastalıklarla ilgili bilgiler sunan, diyet önerileri veren siteler de sağlık açısından zararlı sonuçlara yol açabilir [103].

Amacının dışında ve sürekli kullanılan mobil telefon, bilgisayar oyunları ve internet, çocukların biyopsikososyal sağlıklarını olumsuz etkiler ve bu aşamada da çocuklara sevgi ve ilgi gösterilmesinin ve doyum gereksiniminin karşılanmasının önemi ortaya çıkmaktadır [108].

2.4.6.2. Medyada Çocuk İstismarı

Görsel yayınlar çocuklar için birçok risk teşkil eder [96]. Televizyon; bir model oluşturma yoluyla çocuğa ve çocukluğa zarar vermenin yanında, fiziksel, psikolojik ve sosyal daha birçok tahribatlara neden olabilmektedir [102]. Özellikle, toplumsal değerleri çarpıtabilmekte, cinsellik ve şiddet görüntüleri içerebilmektedir [96]. Ayrıca tüketimde çocukları hedef kitle yaparak, cinsel obje haline getirebilmekte ve jargonlarla örülü dili nedeni ile de çocukların iletişim aracı olan dil üzerinde tahribatlara yol açabilmektedir [96,100].

Televizyon yayınlarında çocukları koruyabilmek amacıyla akıllı işaretler kullanılmakta ancak yetersiz kalmaktadır. Bu noktada da ebeveynlerin çocukların televizyon izleme sürecini denetlemesi önem kazanır [100].

Bir başka açıdan bakacak olursak, medya istismara karşı farkındalık yaratmak için de önemli bir mecradır. Çocuk istismar ve ihmali konusunda, etkili ve akılda kalıcı kamu spotları yardımıyla, kamu aydınlatılmaya çalışılmalı, koruma yöntemleri öğretilmeli, ihbar teşvik edilmeli, gerekli yardım yolları ve çocuğa yaklaşım yolları gösterilmelidir [82]. Son yıllarda düzenlenen yasalar ve medyanın konuya ilgisinin artması, istismar olgularının sağlık kurumlarına başvurularını artırmıştır [109].

2.5. Çocuk İstismar ve İhmali Nedenleri

Çocuklara yöneltilen şiddetin önlenmesi için risk etmenlerine dikkat edilmesi gerekir [40]. Çocuk istismar ve ihmalinin nedenleri; ebeveyn, toplumsal çevre ve çocuk kaynaklı olabilir.

2.5.1. Ebeveyn Kaynaklı Nedenler

- Genç yaşta çocuk sahibi olanlarda ebeveynlik becerileri tam olarak gelişmemiş olabilir [110].
- Zor geçen gebelik süreci, zor doğum ve yaşanan hayal kırıklıkları nedeni ile doğum sonrası depresyona giren annelerin çocuklarına karşı istismarda bulunma olasılığı fazladır [110,111].

- Sosyal olmayan, zayıf arkadaş, komşu ve akraba ilişkileri olan, çevrelerinde yeterli destek imkânı olmayan ebeveynlerin ve özellikle annelerin çocuklarına istismar ve ihmal uygulama oranları daha yüksektir [112,113].
- Düşük eğitim düzeyi, gelir yetersizliği veya işsiz olan ebeveynlerin çocuklarına fiziksel ve psikolojik şiddet uygulama riski yüksektir ve özellikle yoksulluk sonucu çocukların dengeli beslenme, hastalıklardan korunma ve iyi bir eğitim alma şansı azalmaktadır [114,113,101].
- Ebeveynlerin otoriter olması ve fiziksel ceza veya aşağılayıcı ceza yöntemlerinin kullanımı durumunda çocuğa uygulanan şiddet daha da artar [113].
- Kendini kontrol edemeyen, düşük benlik saygısı ve ruhsal sorunları olan, toplumda suç veya şiddet içeren faaliyetlerde bulunan ebeveynlerin, çocuklarına fiziksel istismar ve ihmal uygulamaları olasıdır [110,113].
- Ergenlik ve erişkinlik döneminde sigara veya uyuşturucu kullanan, alkol bağımlısı olan ve riskli cinsel davranışları olan ebeveynlerin istismar ve ihmal uygulama riski yüksektir [115].
- Biyolojik babası olmayan ve üvey babayla yaşayan kız çocuklarının özellikle baba rolünü üstlenen kişi tarafından cinsel istimara uğrama olasılığı daha yüksektir [116].
- Anne babası ayrılan veya ebeveynlerini kaybederek yetim kalan çocukların fiziksel ceza, istismar ve ihmale uğrama oranı daha fazladır [110,113].
- Aile içerisinde şiddete tanık olan çocuklar, kendileri şiddete maruz kalmasalar da, istismar ve ihmale uğramış çocuklarla benzer özellikler göstermektedir [117].
- Kendi çocukluklarında istismar ve ihmale uğrayan ebeveynler de kendi çocuklarına istismar ve ihmal uygulayabilirler ve bu durum kuşaktan kuşağa devam eder [115,68].

2.5.2. Çevre Kaynaklı Nedenler

- Aşırı kalabalık aileler, yetersiz konut ve sağlıksız çevre koşulları [113],
- Yetersiz kurumsal destek ve çocuğa kötü muameleyi engellemek için gerekli politika ve programların eksikliği [110],

- Fiziksel ceza dâhil olmak üzere, başkalarına karşı şiddeti özendirici medya ve internet içerikleri [110],
- Yerel uyuşturucu ticareti, fuhuş, çocuk pornosu ve çocuk işçiliği [110],
- Toplumsal kültürde kadın veya kız çocuğunun değersiz olması [113],
- Etnik azınlık veya yerli gruplara mensup olmak, farklı ırk, dil, din ve siyasi görüşe sahip olmak ve bunun sonucu sosyal olarak dışlanmak [113,101],
- Çocuğu bedensel ve ruhsal olarak cezalandırma ve hatta öldürme hakkı veren ve şiddeti meşrulaştıran toplumsal değerler, kurumlar, yasalar ve töreler çocuklar için büyük risk oluşturmaktadır [113,96].

2.5.2.1. Geleneksel Uygulamalar

Çocuk istismarının farklı bir boyutu da Türk toplumunun da içinde bulunduğu bazı toplumlarda artık gelenekselleşmiş uygulamalardır.

Birçok farklı uygulamadan bazıları;

- Erken yaşta evlilik: Bazı Batı Afrika ülkelerinde 5-10 yaşlarındaki kız çocuklarını zorla besleyerek daha büyük ve evlenecek yaşta gibi görünmelerini sağlayan ve erkeklere sunan topluluklar bulunmaktadır. Ayrıca dünya genelinde 10-17 yaş arasındaki 82 milyon kız çocuğunun henüz 18 yaşına girmeden önce evlendirileceği tahmin edilmektedir [113]. Türkiye’de ise 2011 yılında, ilk evlenme yaş oranı, 14 yaşın altında %4, 15-17 yaşta ise %24’tür. Bu oranlar “çocuk gelin” olgusu hakkında önemli veriler sunar. Ayrıca 18 yaş altı erkek çocuk evlilik oranı da %6’dır [47].
- Namus ve töre cinayetleri: En sık görülen geleneksel uygulamadır. Mağdur kız çocuğu, kocası, eski kocası, babası, kardeşi veya diğer yakın akrabalar tarafından öldürülür [68].
- Çeyizle bağlantılı şiddet: Türkiye’deki başlık ve Hindistan’daki erkek tarafına çeyiz verme uygulamaları buna örnektir [68].
- Bekâret kontrolü: Kız çocuklarının cinselliğini denetim altına almak için uygulanır ve şiddeti mazur gösterir [68].

- Eğitimde ayrımcılık: Gelişmekte olan ülkeler kız çocuklarına daha az eğitim hakkı tanımaktadır [68].
- Cinsel organların sakatlaması: Kız çocuklarda klitorisin tepesi ve üzerini örten deri kesilerek sünnet gerçekleştirilir. Klitoridektomi, tüm klitorisin eksizyonudur [68]. İnfibulasyon ise klitorisin, küçük ve büyük labiaların kesilmesidir. Birçok toplumda klitorisin kesilmesi genellikle evlilik öncesi çocuk için hazırlık uygulamasıdır [113].
- Erkek çocuk tercihi: Türkiye dâhil birçok ülkede görülmektedir. Hindistan, Çin ve birçok ülkede intrauterin üçüncü ayda fetüs cinsiyeti öğrenilerek dişi ise kürtaj yoluna gidilmektedir. Ayrıca kız çocuklarının beslenme, sağlık ve eğitimlerine özen gösterilmemesi sonucu mortaliteleri erkeklere göre daha yüksektir [68].
- Uvulektomi ve süt dişlerinin çekilmesi: Ağırlıklı olarak Etopya'da uygulanmaktadır [113].

2.5.3. Çocuk Kaynaklı Nedenler

- İstenmeyen çocuklar, evlilik dışı çocuklar, prematürite, düşük doğum ağırlığı, çok sayıda doğum, kronik hastalıklı çocuk, ciddi davranış bozukluğu olan çocuklar daha çok kötü muamele riski altında olabilirler [113,36].
- Kimsesiz, göçmen, yerli halka ya da marjinal bir gruba mensup, sokakta yaşayan veya çalışan, ceza evi veya kurumda olan çocukların şiddete maruz kalma riski vardır [40].
- Çocuklar küçük yaşlarda fiziksel zayıflık ve yetersizlik nedeni ile ihmal edilme, şiddet sonucu yaralanma ve ölüm risklerine maruz kalabilir.
- Erkek çocuklarına daha çok değer verilen toplumlarda kız çocukları daha çok istismar ve ihmale maruz kalır.
- Kız çocukları erkek çocuklarına göre daha çok cinsel istismara uğrar.
- Fiziksel, duygusal, entelektüel veya ruhsal engelli çocuklar şiddet olaylarına engelli olmayan akranlarının neredeyse iki katı oranda maruz kalırlar [113].

2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuklara uygulanan istismar ve ihmali önlemede en önemli nokta, yüksek riskli ailelerin erken dönemde tanımlanarak destek hizmetlerinin başlatılmasıdır [118]. Bu problemi çözme aşamasında çocuğun tıbbi sorunlarının yanı sıra, sosyal, ekonomik ve kültürel sorunları da göz önünde bulundurulmalıdır [119]. Çocuklara iyi bir eğitim, kaliteli sağlık bakımı, meslek eğitimleri, yoksullara yardım ve çocuk dostu medya imkânları sağlanarak, çocukların şiddet, sömürü, istismar, ihmal ve olumsuz deneyimlerden korunması gerekir [120].

2.6.1. Çocuğun Korunması

Çocuk Koruma Kanunu 3. madde 1-a-1 bendine göre “bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk” korunma ihtiyacı olan çocuktur [13].

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19, 32, 34, 35, 36 ve 39. maddelerinde ise çocukların her türlü fiziksel ve zihinsel baskı, şiddet, ihmal ve kötü muameleden korunmasının ayrıca önleme, koruma ve tedavi süreçleri için sosyal programların hazırlanmasının devlet yükümlülüğünde olduğu belirtilmektedir [121].

Çocukların korunması süreci üç aşamayı içermektedir. Risk gruplarından ziyade, tüm çocuk ve ebeveynlerin koşullarını iyileştirmek, doğum öncesi ve sonrası izlemler, aile planlaması, çocuk bakımı ve gelişimi konularında eğitim kampanyaları yürütmek “Birincil Koruma” yöntemleridir. İstismar ve ihmal açısından riskli çocukları ve ebeveynlerini belirleyerek sosyal destek sağlamak “İkincil Koruma” yöntemleridir. “Üçüncül Koruma” ise, istismara uğramış çocuğun tespit edilerek yeniden mağduriyetinin önlenmesi ve gerekli adli ve sosyal bildirimlerin yapılmasıdır [122,123]. Son yıllarda ülkemizde çocukların istismar ve ihmalden korunması ve rehabilite edilmesi amacıyla ekip çalışması yürüten merkezler oluşturulmaya başlanmıştır [109,124].

2.6.1.1. Çocuk Koruma Merkezi

Üniversite hastanelerinin içinde yer alan ve üniversite imkânlarını kullanarak korunma ihtiyacı olan çocukların tanı, tedavi, korunma ve izlenmelerini bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştiren birimlerdir.

Cumhuriyet Savcılığı, Çocuk Polisi, Jandarma Çocuk Koruma Merkezi, baroların Çocuk Hakları Komisyonları, Çocuk Mahkemeleri, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Denetimli Serbestlik ve Koruma Kurulları Şube Müdürlüğü ile işbirliği içinde çalışır [125].

2.6.1.2. Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM)

Özellikle cinsel istismar mağduru çocukların teşhis ve tanı aşamalarını yürüten, çocuğun adli muayenesini yapan, çocuk ve aile görüşmelerini gerçekleştiren, ifade alınan ve tüm adli raporların hazırlandığı, bu alanda uzmanların (adli tıp uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire) ve gerekli donanımın hazır bulunduğu merkezlerdir [126,127,128,129]. Bu birimler sayesinde tüm soruşturma süreci tek merkezde yapılabilmektedir [128].

Bu merkezlerin amacı; çocukları korunmak, yeniden mağduriyetin önüne geçmek, mahremiyeti korumak, tekrarlayan muayeneleri ve çocuğun örselenmesini önlemek, psikososyal destek sağlamak ve en önemlisi de soruşturma sürecini yürütmektir [126,124,129].

2.6.1.3. Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri

Bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleri, hakkında bakım tedbiri alınan ve koruma kararı verilen mağdur çocukların izlendiği, bu çocukların güvenliğinin ve rehabilitasyonlarının sağlandığı merkezlerdir [126].

2.7. Hekim ve Hemşirelerin Sorumlulukları

Çocuğun şiddetten korunmasında, hekimler ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine, buldukları konum nedeni ile etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler düşmektedir [38,9,8,130].

Sağlık profesyonelleri riskli aileleri belirlemek, bu ailelere çocuk ile pozitif ilişki kurulması ve doğru disiplin yöntemleri gibi konularda danışmanlık hizmeti vermek suretiyle çocuğun, dolayısı ile de toplumun sağlığını korurlar [109,131].

Çocuk istismar ve ihmali, tekrarlanabilirliği ve çocuğa yakın çevresi tarafından yapıyor olması nedeni ile tespiti, tanısı ve tedavisi en zor travma çeşididir [132]. Travma nedeni ile gelen vakalar genelde ebeveynleri tarafından düşme veya ev kazası olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri özellikle travma ile kuruma başvuran çocuğa şüphe ile yaklaşarak istismar ve ihmal düşünülmelidir [8,133]. Ayrıca psikolojik kötü muamele de sağlık profesyonelleri tarafından tanımlanmalı, risk faktörleri ve sonuçları bilinmelidir [70].

Özellikle rutin muayenelerde ebeveynlere ilgili davranılarak, nazik ve anlaşılır sorularla, aile tarafından ortaya koyulmayan problemlerin erken tespiti mümkün olmaktadır [134]. Yapılan muayenede; ebeveynin uygunsuz tepkileri, gecikmiş başvuru, ifade ile uygunsuz muayene bulguları, büyüme gelişmenin yetersizliği, duygu durum bozuklukları, şüpheli aile öyküsü, kardeşlerin ve çocuğun daha önceki sağlık sorunları, ailenin kullandığı riskli disiplin yöntemleri ve ebeveynlerin ilaç bağımlılığı durumlarında istismar ve ihmalden şüphe edilmelidir [49,135]. Bu noktada da bildirim ve ihbar yükümlülüğü devreye girmektedir [136].

TCK'nın 94, 98 ve 278. maddelerinde, çocuk istismarı ve ihmalinin bildirim yükümlülüğü ele alınmıştır. Ancak kamu ve sağlık çalışanları için en önemli maddeler 279 ve 280. maddelerdir [137]. Bunlar:

Kamu görevlisinin suç 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.

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 [14].

Sağlık profesyonelleri, çocuğun istismar veya ihmalinden şüphe ederler ise, konunun uzmanlarının da bulunduğu koruyucu bir ortamda çocuğu değerlendirip öncelikle tıbbi tedaviyi yerine getirmelidirler [9,136]. Öncelikle çocuğun hastaneye yatıp yatmayacağı değerlendirilir ve stabil ise ailenin değerlendirilmesi sürecinde çocuk gerekirse mahkeme emri ile hastane veya koruma merkezinde tutulur. Sağlık çalışanı en kısa sürede rapor tutarak durumu sosyal hizmetler çocuk esirgeme kurumuna bildirmelidir [9].

Çocuk Koruma Kanunu'nun 6. maddesine göre:

(1) Adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu SHÇEK'ya bildirmekle yükümlüdür. Çocuk ile çocuğun bakımından sorumlu kimseler çocuğun korunma altına alınması amacıyla SHÇEK'ya başvurabilir.

(2) SHÇEK kendisine bildirilen olaylarla ilgili olarak gerekli araştırmayı derhal yapar [13].

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanısının konulmasında hekim ve hemşirenin farkındalığı, bu konudaki bilgi birikimi ve motivasyonu önemlidir [132]. Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanlarının istismar ve ihmal tanısını koyarak, süreci yönetebilmeleri için sürekli eğitime ihtiyaçları vardır [17]. Bu noktada da uzmanlaşmış personel ihtiyacı gündeme gelmektedir [109].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak gerçekleştirilmiş bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, gerekli izinler alındıktan sonra; Trabzon ilinde, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Özel İmperial Hastanesi ve Medical Park Karadeniz Hastanesi pediatri kliniklerinde görev yapan hekim ve hemşirelerle Ocak–Aralık 2016 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Trabzon ilinde; Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Özel İmperial Hastanesi ve Medical Park Karadeniz Hastanesi pediatri kliniklerinde çalışan tüm hekim (n:66) ve hemşirelere (n:205) ulaşılmıştır. Ancak 13 hekim ve 25 hemşirenin yıllık izinde olmaları, görev yerlerinde değişiklik veya çalışmaya katılmayı reddetmeleri sonucu, 53 hekim ve 180 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 15.09.2015 tarih ve 24237859-511 sayılı etik kurul onayı (Ek-1) alınmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü; Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi (Ek-2), Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi (Ek-3), Özel İmperial Hastanesi (Ek-4) ve Medical Park Karadeniz Hastanesi'nden (Ek-5) de kurum izinleri alınmıştır.

Ayrıca hekim ve hemşirelere araştırmanın amacı ve doldurmaları istenen formlar anlatılmış, bilgilerin gizliliği açıklanmış, katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Bu süreçte “Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu” (Ek-6) kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri literatüre dayalı olarak hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek-7) ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” (Ek-8) ile toplanmıştır.

Araştırmacı tarafından, hekim ve hemşirelere; araştırmanın amacı, bilgilerin gizliliği, anket doldurulur iken diğer meslektaşlarla etkileşimde olunmasının çalışmaya olumsuz etkileri ve anketteki anlaşılmayan sorular hakkında bilgiler verildi.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form literatüre dayalı olarak hazırlanan 27 sorudan oluşmuştur. Sorular; araştırma kapsamına alınan hekim ve hemşirelerin, sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, görev, öğrenim düzeyi), mesleki deneyim, çalışılan birim, kendi çocuklarına istismar ve ya ihmal uygulama durumu, konuyla ilgili eğitim alma durumu, konuyla ilgili geçmiş deneyimler, kurum içi uygulamalar, yasal süreç hakkındaki bilgi durumu ve konuya ilişkin görüşleri gibi konuları içermektedir.

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

Bu form, Uysal [19] tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik 6 Alt Ölçeği bulunan 67 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçek kullanımı için Doç. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN'dan izin alınmıştır (Ek-9).

Ölçek formunda, her bir maddede “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” şeklinde beş seçenek vardır.

Altı alt ölçek ve madde numaraları:

- İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 numaralı maddeler)
- İhmal Belirtileri (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 numaralı maddeler)
- İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (14, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 67 numaralı maddeler)
- İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 55, 60, 66 numaralı maddeler)
- İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (41, 51, 52, 53, 54, 56 numaralı maddeler)
- Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65 numaralı maddeler)

3.5.2.1. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenirliği

Uysal'ın "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması" çalışmasında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. İç tutarlılık kapsamında Cronbach's Alpha katsayısı 0.924 ve alt ölçeklerin katsayıları da 0.596 ile 0.892 arasında değişmektedir [19].

Bu araştırmada ise "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu"nda yer alan 67 maddenin Cronbach's Alpha katsayısı 0.890 olarak hesaplanmıştır. Bu değere göre de anketin yüksek oranda geçerli ve güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 1. Alt ölçeklerin geçerlilik güvenirlilik değerlendirilmesi

Alt ölçekler	katsayı *
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	0.850
İhmal Belirtileri	0.856
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	0.843
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	0.840
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	0.843
Çİİ'de Ailesel Özellikler	0.809

*Cronbach's Alpha katsayısı

3.5.3. Verilen Toplanmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma sürecinde izinli olan, işe yeni başlayan, atanarak giden hekim ve hemşireler veya pediatri bölümlerinden ayrılan hemşireler çalışma başlangıcındaki sayılarda değişikliklere yol açmıştır. Ayrıca hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından çalışmanın önemi ve etik yönleri anlatılmasına rağmen katılmayı reddedenler oldu.

Araştırma Trabzon ilindeki pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve farkındalıklarını yansıtmaktadır.

3.5.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin normal dağılımında olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U ve Student T testleri, ikiden fazla grup değerlendirmelerinde Oneway Anova ve Kruskal Wallis testleri ve Ki Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.5.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formunun Değerlendirilmesi

Olumlu (pozitif) doğrultuda düzenlenen 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı sorularda; “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorularda; “çok doğru” yanıtına 1 puan, “oldukça doğru” yanıtına 2 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 4 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 5 puan verilmiştir.

Maddelerden elde edilen puanların ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalamasının 5'e yaklaşması soruların doğru yanıtlandığını, 3'ten azalarak uzaklaşması yanlış yanıtlandığını göstermektedir. Araştırmaya katılan kişinin tüm maddelere doğru yanıt vermesi durumunda 335 puan alması beklenmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini, Çİİ konusundaki farkındalıklarını, görüş ve deneyimlerini kapsayan tanıtıcı bilgi formundaki sorular bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Hekim ve hemşirelerin Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama bilgi düzeyleri bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma Ocak-Aralık 2016 tarihleri arasında, Trabzon il merkezine bağlı hastanelerin pediatri bölümlerinde çalışan 53 hekim ve 180 hemşire olmak üzere toplamda 233 kişinin katılımı ile yapılmıştır.

Bulgular kısmı; “Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çocuk İstismar ve İhmal Konusundaki Farkındalıkları, Görüş ve Deneyimleri” ve “Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi” şeklinde iki başlık altında incelenmiştir.

4.1.Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çİİ Konusundaki Farkındalıkları, Görüş ve Deneyimleri

4.1.1. Hekim ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 2. Hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı

Hekim ve Hemşire Özellikleri		Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)	
		Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	31	58.5	175	97.2
	Erkek	22	41.5	5	2.8
Yaş Aralığı	26 yaş ve altı	9	17.0	60	33.3
	27-35 yaş arası	31	58.5	60	33.3
	36 yaş ve üzeri	13	24.5	60	33.3
Medeni Durum	Evli	35	66.0	105	58.3
	Bekâr	18	34.0	75	41.7
Çocuk Sahibi Olmak	Evet	26	49.1	87	48.3
	Hayır	27	50.1	93	51.7
Mezuniyet Durumu	Lise / Önlisans	-	-	80	44.4
	Lisans	-	-	87	48.3
	Yüksek Lisans	-	-	13	7.2
	Tıp F. / Uzmanlık	51	96.2	-	-
	Yandal Uzmanlık	2	3.8	-	-
Meslekteki Çalışma Süresi	1-5 yıl	25	47.2	72	40.0
	6-10 yıl	18	34.0	43	23.9
	11 yıl ve üzeri	10	18.9	65	36.1

Araştırmaya katılan hekimlerin %58.5'inin erkek, %41.5'inin ise cinsiyetinin kadın olduğu, hemşirelerin ise çoğunun (%97.2) cinsiyetinin kadın olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde hekimlerin çoğunluğunun (%58.5) 27-35 yaş arasında olduğu ve hemşirelerin ise tüm yaş gruplarında eşit dağıldığı saptanmıştır.

Araştırmada hekimlerin (%66) ve hemşirelerin (%58.3) çoğunun evli olduğu ve hekimlerin %50.1'inin, hemşirelerin ise %51.7'sinin çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Hekimlerin yalnızca ikisinin yandal uzmanlık mezunu ve meslekte çalışma sürelerinin de en fazla (%47.2) 1-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin ise çoğunun lisans mezunu (%48.3) olduğu ve meslekte çalışma sürelerinin en fazla (%40) 1-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre dağılımı

Çalıştığı Bölüm	Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)	
	Sayı	%	Sayı	%
Genel Pediatri (Çocuk) Servisi	42	79.3	20	11.1
Pediyatrik Cerrahi Servisi	5	9.4	10	5.6
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	4	7.5	70	38.9
Pediyatri Endokrin Polikliniği	2	3.8	-	-
Çocuk Acil Bölümü	-	-	17	9.4
Pediyatri Polikliniği	-	-	15	8.3
Yenidoğan Servisi	-	-	10	5.6
Pediyatri Yoğun Bakım Ünitesi	-	-	8	4.4
Pediyatri Enfeksiyon Servisi	-	-	8	4.4
Pediyatri Hematoloji Onkoloji Servisi	-	-	8	4.4
Süt Çocuğu Servisi	-	-	7	3.9
Adölesan Servisi	-	-	7	3.9

Tablo 3'e göre hekimlerin çoğunun (%79.3) genel pediatri servislerinde, hemşirelerin ise çoğunun (%38.9) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalıştıkları belirlenmiştir.

4.1.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ Konusundaki Eğitim Durumları

Tablo 4. Hekim ve hemşirelerin Çİİ konusunda eğitim durumlarına göre dağılımı

		Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)		Test değeri	
		Sayı	%	Sayı	%		
Çİİ Konusunda Eğitim	Alan	Öğrenim sırasında	16	30.2	23	12.8	p=0.010 $\chi^2=6.705$
		Mezuniyet sonrası	2	3.8	16	8.9	
		Öğrenim sonrası ve sonrası	5	9.4	6	3.3	
	Almayan	30	56.6	135	75.0		
Eğitim Alma İsteği	Evet	36	67.9	144	80.0	p=0.065	
	Hayır	17	32.1	36	20.0	$\chi^2=3.398$	

$\chi^2=$ Ki-kare test

Araştırmada katılımcıların çoğunun (hekim %56.6, hemşire %70) Çİİ konusunda eğitim almadıkları ve yine çoğunun (hekim %67.9, hemşire %80) Çİİ konusunda eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Hekimlerin eğitim alma durumları hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.010). Ancak hekim ve hemşirelerin eğitim alma istekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.065) (Tablo 4).

4.1.3. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ Konusundaki Klinik Deneyimleri ve Düşünceleri

Tablo 5. Hekim ve hemşirelerin çocukları değerlendirirken Çİİ konusundaki yaklaşımlarının dağılımı

		Hekim (n:53)		Hemşire(n:180)		Test değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Çocukları Değerlendirirken Çİİ'ni Göz Önünde Bulundurma	Evet	50	94.3	152	84.4	p=0.062 $\chi^2=3.476$
	Hayır	3	5.7	28	15.6	
Meslekte Çİİ Şüphesi Yaşama	Evet	37	69.8	74	41.1	p<0.001 $\chi^2=13.520$
	Hayır	16	30.2	106	58.9	
Son Bir Yıldaki Vaka Sayısı	Vaka yok	26	49.1	128	71.1	p=0.026 $\chi^2=9.277$
	1 vaka	12	22.6	20	11.1	
	2-5 vaka	13	24.5	27	15.0	
	6 ve üzeri vaka	2	3.8	5	2.8	

$\chi^2=$ Ki-kare test

Hekimlerin %94.3'ünün, hemşirelerin ise %84.4'ünün çocuk vakaları değerlendirirken Çİİ'ni göz önünde bulundurdıkları belirlenmiştir, ancak hekim ve hemşire arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.062) (Tablo 5).

Meslekteki çalışma süreleri boyunca hekimlerin yarısından fazlasının (%69.8), hemşirelerin ise %41.1'inin Çİİ şüphesi yaşadıkları saptanmıştır. Hekimlerin Çİİ ile karşılaşma oranının, hemşirelere göre istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 5).

Son bir yılda karşılaştıkları vaka sayıları değerlendirildiğinde ise hekim (%24.5) ve hemşirelerin (%15) çoğunun yılda 2-5 vaka ile karşılaştıkları ve hekimlerin hemşirelere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla vaka ile karşılaştıkları belirlenmiştir (p=0.026) (Tablo 5).

Tablo 6. Meslek hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşan hekim ve hemşirelerin bildirim yapma durumlarının dağılımı

		Hekim (n:37)		Hemşire (n:74)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Bildirim Yapma	Evet	Resmi mercilere sözlü ya da yazılı	6	27.4	4	22.2
		Hastane idaresi veya güvenliğine	5	22.7	1	5.6
		Savcılığa	5	22.7	-	-
		Polise	2	9.1	3	16.6
		ÇİM'e	2	9.1	1	5.6
		Sorumlu hekim veya hemşireye	1	4.5	7	38.9
		Psikoloğa yönlendirmek	1	4.5	-	-
		SHÇEK'ya	-	-	2	11.1
	Hayır	15	40.5	56	75.7	

Mesleki hayatlarında Çİİ olgusu ile karşılaşan hekimlerin %27.4'ünün resmi mercilere sözlü ya da yazılı olarak bildirim yaptığı, hemşirelerin ise %38.9'unun sorumlu hekim ve hemşireye bildirim yaptığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Mesleki hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış hekim ve hemşirelerin, karşılaşmaları durumunda bildirim yapma durumlarının dağılımı

		Hekim (n:16)		Hemşire (n:106)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Bildirim Yapma	Evet	İlgili resmi kurumlara bildirim	4	25.0	21	19.8
		Adli bildirim	3	18.7	4	3.8
		Nereye bildirim yapılacağını bilmeyen	2	12.5	22	20.7
		Polise veya kurum güvenliğine bildirim	2	12.5	15	14.2
		Kurum içi idari bildirim	2	12.5	15	14.2
		Aile ve sosyal politikalar bakanlığına bildirim	1	6.3	1	0.9
		Çocuk şubeye bildirim	-	-	4	3.8
		SHÇEK'ya bildirim	-	-	3	2.8
		ÇİM'e bildirim	-	-	2	1.9
	Hayır	2	12.5	19	17.9	

Mesleki hayatlarında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış hekimlerin (%87.5) ve hemşirelerin (%82.1) çoğunluğunun, Çİİ olgusu ile karşılaşmaları durumunda çeşitli şekillerde bildirim yapacakları belirlenmiştir. Buna göre hekimlerin %25'i, hemşirelerin ise %19.8'i ilgili resmi kurumlara bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 8. Mesleki hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış hekim ve hemşirelerin, karşılaşmaları durumunda "bildirim yapmam" diyenlerin, bildirim yapmama nedenlerinin dağılımı

Bildirmeme Nedeni	Hekim (n:2)		Hemşire (n:19)	
	Sayı	%	Sayı	%
Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için (yanlış tanı?)	1	50.0	5	26.3
Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için	1	50.0	12	63.1
Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için	-	-	1	5.3
Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için	-	-	1	5.3

Hekim ve hemşirelerden, mesleki hayatlarında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış, ancak karşılaştı da bildirim yapmayacağını belirtenlere bakıldığında, iki hekimden biri ve hemşirelerin ise çoğunluğu (%63.1) nereye bildireceğini bilmediği için, bildirim yapmayacağını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Hekim ve hemşirelere göre toplumda en çok görülen Çİİ türlerinin dağılımı

		Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)	
		Sayı	%	Sayı	%
Çİİ Türleri	Fiziksel istismar	19	35.8	59	32.8
	Duygusal istismar	17	32.1	33	18.3
	İhmal	13	24.5	64	35.6
	Cinsel istismar	4	7.5	24	13.3

Araştırmaya katılan hekimlerin çoğunluğunun (%35.8) fiziksel istismarı, hemşirelerin ise çoğunluğunun (%35.6) ihmali toplumda en çok görülen Çİİ türü olarak tanımladığı belirlenmiştir. Hekim ve hemşirelerden en az cevap yüzdesini ise cinsel istismar türü almıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Hekim ve hemşirelerin, Çİİ vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gerektiğini düşündükleri branşların dağılımı

Branşlar	Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)	
	Sayı	%(*)	Sayı	%(*)
Çocuk ruh sağlığı uzmanı	52	98.1	166	92.2
Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı	51	96.2	140	77.8
Adli tıp uzmanı	38	71.7	68	37.8
Sosyal hizmetler uzmanı	32	60.4	114	63.3
Çocuk hemşiresi	20	37.7	96	53.3
Çocuk cerrahı	17	32.1	28	15.6
Kadın doğum uzmanı	13	24.5	41	22.8
Erişkin psikiyatristi	10	18.9	30	16.7
Ortopedist	5	9.4	11	6.1
Beyin cerrahı	4	7.5	8	4.4

*Bir kişi birden fazla yanıt vermiştir

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelere, Çİİ vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gereken branşlar sorulduğunda; hekim (%98.1) ve hemşirelerin (%92.2) çoğunluğunun, çocuk ruh sağlığı uzmanlarının tanı aşamasında mutlaka olması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hekim ve hemşirelerin, kurumlarında Çİİ'ne yönelik talimat ya da prosedür varlığı ve buldukları ilde ÇİM varlığı sorularına verdikleri cevapların dağılımı

		Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)		Test değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Kurumda prosedür ya da talimat olup olmadığı	Evet	17	32.1	32	17.8	p=0.080 $\chi^2=5.040$
	Hayır	8	15.1	33	18.3	
	Bilmiyorum	28	52.8	115	63.9	
İlde ÇİM olup olmadığı	Evet var	28	52.8	46	25.6	p=0.001 $\chi^2=14.689$
	Hayır yok	3	5.7	9	5.0	
	Bilmiyorum	22	41.5	125	69.4	

χ^2 = Ki-kare testi

Hekimlerin (%52.8) ve hemşirelerin (%63.9) çoğunluğunun çalıştıkları kurumda Çİİ'ne yönelik talimat ya da prosedür varlığını bilmedikleri saptanmıştır ve hekim ve hemşireler karşılaştırıldığında aralarındaki bilgi farkının da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.080) (Tablo 11).

Hekimlerin %52.8'i buldukları ilde ÇİM olduğunu, hemşirelerin ise %69.4'ü ÇİM varlığını bilmediğini belirtmiştir. Hekimlerin ÇİM varlığını bilme oranları hemşirelerden daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak da yüksek düzeyde anlamlı olarak saptanmıştır (p=0.001) (Tablo 11).

Tablo 12. Hekim ve hemşirelerin Çİİ ile karşılaştıkları durumlarda yasal yükümlülüklerini bilme durumlarının dağılımı

Yasal Yükümlülük	Hekim (n:53)		Hemşire (n:180)	
	Sayı	%	Sayı	%
Yükümlülüğü bilmiyorum	37	69.8	158	87.8
Yetkili mercilere bildirim	12	22.6	-	-
Kısmen biliyorum	1	1.9	1	0.6
ÇİM'e bildirim	1	1.9	2	1.1
Polise bildirim	1	1.9	3	1.7
Hastane idaresine bildirim	1	1.9	2	1.1
Savcılığa bildirmek	-	-	8	4.4
Bildirim yapmak	-	-	5	2.8
Klinik sorumluya bildirim	-	-	1	0.6

Hekim ve hemşirelere, Çİİ ile karşılaştıklarında yasal yükümlülüklerinin ne olduğu sorulduğunda; hekimlerin çoğunluğunun (%69.8) yasal yükümlülüğünü bilmediği ve %22.6'sının cevabının da yetkili mercilere bildirmek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ise çoğunluğunun (%87.8) yasal yükümlülüğünü bilmediği ve %4.4'ünün de cevabının savcılığa bildirmek olduğunu belirlenmiştir (Tablo 12).

4.1.4. Çocuk Sahibi Olan Hekim ve Hemşirelerin Kendi Çocuklarına İhmal ve İstismar Uygulama Durumları

Tablo 13. Çocuk sahibi olan hekim ve hemşirelerin kendi çocuklarına istismar ve ihmal uygulama durumlarına göre dağılımı

		Hekim (n:26)		Hemşire (n:87)		Test değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
İstismar Uygulama Durumu	Evet	3	11.5	14	16.0	p=0.845 $\chi^2=0.336$
	Hayır	23	88.5	73	84.0	
İhmal Etme Durumu	Evet	12	46.2	40	46.0	p=0.996 $\chi^2=0.009$
	Hayır	14	53.8	47	54.0	

χ^2 = Ki-kare testi

Tablo 13’de, çocuk sahibi olan hekimlerin %11.5’i ve hemşirelerin %16’sının kendi çocuklarına istismar uyguladıkları saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerin, çocuklarına istismar uygulama oranları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.845)

Hekimlerin %46.2’sinin ve hemşirelerin ise %40’ının çocuklarını ihmal ettiği belirlenmiştir. Hekim ve hemşirelerin, çocuklarını ihmal etme oranları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.996) (Tablo 13).

4.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ’nin Belirti ve Risklerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

4.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ’nin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 29’da ve Hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı ise Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 14. Hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”te en çok doğru yanıt verdikleri soruların ve ortalamalarının dağılımı

Sorular	Ortalama Puan \pm St. Sapma	Sayı	%
İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	4.50 \pm 0.89	161	69.1
Çocuğun gövde, sırt, kalça, uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	4.60 \pm 0.59	152	65.2
Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	4.50 \pm 0.72	144	61.8
Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	4.53 \pm 0.67	141	60.5
İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	4.12 \pm 1.12	126	54.1
Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından risktir.	4.46 \pm 0.68	126	54.1

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”te en çok doğru cevap verdikleri soru (%69.1) 4.50 puan ortalaması ve 0.89 standart sapma ile “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” olarak saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”te en çok yanlış yanıt verdikleri soruların ve ortalamalarının dağılımı

Sorular	Ortalama Puan \pm St. Sapma	Sayı	%
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	2.01 \pm 0.93	78	33.5
Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler	2.58 \pm 1.11	48	20.6
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	2.62 \pm 0.95	30	12.9
Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	2.94 \pm 1.10	25	10.7
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	3.16 \pm 1.11	24	10.3
Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	3.13 \pm 1.25	24	10.3

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”te en çok yanlış cevap verdikleri soru (%33.5) 2.01 puan ortalaması ve 0.93 standart sapma ile “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar, ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” olarak saptanmıştır (Tablo 15).

4.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 16. Hekimlerin “Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu”na göre alt ölçek ve genel ölçek ortalama puanlarının dağılımı

Alt Ölçekler	Min.	Maks.	Ort.	St. Sapma
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3.58	4.63	4.10	0.27
İhmal Belirtileri	2.71	5.00	4.13	0.56
Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3.13	4.73	4.01	0.38
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2.67	4.75	3.70	0.51
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	2.50	4.67	3.48	0.40
Çİİ'de Ailesel Özellikler	3.12	5.00	4.15	0.32
Genel Ortalama	3.38	4.59	3.92	0.32

Araştırmaya katılan hekimlerin genel bilgi puan ortalamasına ve alt ölçeklerin puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puan ortalamasının (4.15 ± 0.32) “Çocuk İstismar ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeğinden, en düşük puan ortalamasının (3.48 ± 0.40) da “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek grubundan alındığı saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin “Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu”na göre alt ölçek ve genel ölçek ortalama puanlarının dağılımı

Alt Ölçekler	Min.	Maks.	Ort.	St. Sapma
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3.00	4.79	3.80	0.36
İhmal Belirtileri	2.43	5.00	3.87	0.54
Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	2.67	4.67	3.77	0.40
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2.25	4.67	3.46	0.44
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	1.67	5.00	3.16	0.56
Çİİ'de Ailesel Özellikler	2.50	5.00	3.73	0.56
Genel Ortalama	3.00	4.71	3.63	0.34

Araştırmaya katılan hemşirelerin genel bilgi puan ve alt ölçekler puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puan ortalamasının (3.87 ± 0.54) “İhmal Belirtileri” alt ölçeğinden, en düşük puan ortalamasının (3.16 ± 0.56) da “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek grubundan alındığı saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Katılımcıların mesleklerine göre Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)	Hemşire (n: 180)	p	MWU
	Ort ± Ss	Ort ± Ss		
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	4.10±0.27	3.80±0.36	<0.001	2380.500
İhmal Belirtileri	4.13±0.56	3.87±0.54	0.002	3429.500
Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	4.01±0.38	3.77±0.40	<0.001	3171.000
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3.70±0.51	3.46±0.44	0.003	3487.000
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3.48±0.40	3.16±0.56	<0.001	2904.000
Çİİ'de Ailesel Özellikler	4.15±0.32	3.73±0.56	<0.001	2772.000
Genel Ortalama	3.92±0.32	3.63±0.34	<0.001	2459.000

MWU: Mann Whitney U testi

Hekim ve hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu”ndan aldıkları genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; genel puan ortalaması tüm alt ölçek puan ortalamalarında hekimlerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Genel puan ortalaması, Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve Çİİ'de ailesel özellikler alt ölçeklerinde bu fark istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). İhmal belirtileri ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeklerinde de bu fark istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlıdır ($p<0.01$) (Tablo 18).

Tablo 19. Hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçek	Hekim (n:53)				Hemşire (n: 180)			
	27 yaş ve altı (n:9) ort±ss	27-35 yaş (n:31) ort±ss	35 yaş ve üstü (n:13) ort±ss	Test Değeri	27 yaş ve altı (n:60) ort±ss	27-35 yaş (n:60) ort±ss	35 yaş ve üstü (n:60) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.20±0.33	4.07±0.28	4.08±0.20	p=0.359 X ² _{K-W} =2.047	3.74±0.32	3.83±0.40	3.86±0.35	p=0.254 X ² _{K-W} =2.741
İB	4.37±0.51	4.11±0.54	4.03±0.62	p=0.491 X ² _{K-W} =1.423	3.91±0.48	3.93±0.58	3.78±0.55	p=0.396 X ² _{K-W} =1.851
İİÇDB	4.13±0.35	3.96±0.34	4.06±0.49	p=0.454 X ² _{K-W} =1.577	3.68±0.42	3.85±0.42	3.78±0.33	p=0.094 X ² _{K-W} =4.735
İİYEÖ	3.71±0.52	3.74±0.51	3.60±0.51	p=0.793 X ² _{K-W} =0.463	3.50±0.50	3.53±0.41	3.37±0.40	p=0.041 X ² _{K-W} =6.392
İİYÇÖ	3.37±0.32	3.49±0.44	3.51±0.39	p=0.708 X ² _{K-W} =0.690	3.09±0.57	3.24±0.53	3.15±0.59	p=0.284 X ² _{K-W} =2.521
ÇİİAÖ	4.16±0.63	4.15±0.51	4.13±0.35	p=0.953 X ² _{K-W} =0.097	3.73±0.60	3.77±0.51	3.69±0.57	p=0.540 X ² _{K-W} =1.232
G.Ort	3.99±0.36	3.92±0.32	3.90±0.30	p=0.796 F=0.229	3.61±0.35	3.69±0.34	3.60±0.30	p=0.259 F=0.150

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama

X²_{K-W}: Kruskal Wallis testi

F: Oneway Anova testi

Hekimlerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 19)

Hemşireler yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında ise, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek puanı anlamlı olarak farklılık göstermektedir (p=0.041). Diğer alt ölçekler ve genel puan ortalamalarına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 19).

Tablo 20. Hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)			Hemşire (n: 180)		
	Evli (n:35) ort±ss	Bekâr (n:18) ort±ss	Test Değeri	Evli (n:105) ort±ss	Bekâr (n:75) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.09±0.27	4.11±0.29	p=0.917 MWU=309.500	3.83±0.35	3.78±0.38	p=0.336 MWU=3606.000
İB	4.06±0.59	4.29±0.47	p=0.282 MWU=258.000	3.84±0.55	3.91±0.53	p=0.487 MWU=3699.000
İİÇDB	4.02±0.41	4.00±0.32	p=0.821 MWU=303.000	3.79±0.39	3.74±0.41	p=0.557 MWU=3735.000
İİYEÖ	3.70±0.55	3.70±0.43	p=0.836 MWU=304.000	3.43±0.41	3.51±0.48	p=0.418 MWU=3659.000
İİYÇÖ	3.50±0.42	3.44±0.38	p=0.407 MWU=271.500	3.22±0.52	3.07±0.61	p=0.071 MWU=3319.000
ÇİİAÖ	4.17±0.49	4.10±0.50	p=0.727 MWU=296.500	3.74±0.51	3.71±0.63	p=0.489 MWU=3699.500
G.Ort	3.92±0.34	3.94±0.29	p=0.889 t=-0.140	3.64±0.30	3.62±0.37	p=0.698 t=0.389

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama
MWU: Mann Whitney U testi
t: Student T testi

Hekimlerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında, medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Hemşirelerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında, medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Hekim ve hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)			Hemşire (n: 180)		
	Çocuk Var (n:26) ort±ss	Çocuk Yok (n:27) ort±ss	Test Değeri	Çocuk Var (n:87) ort±ss	Çocuk Yok (n:93) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.15±0.26	4.04±0.28	p=0.142 t=1.490	3.84±0.34	3.78±0.38	p=0.258 t=1.135
İB	4.08±0.63	4.19±0.48	p=0.720 MWU=331.000	3.82±0.56	3.92±0.52	p=0.242 MWU=3638.000
İİÇDB	4.06±0.44	3.98±0.32	p=0.402 MWU=304.000	3.80±0.38	3.74±0.41	p=0.352 MWU=3721.000
İİYEÖ	3.74±0.60	3.67±0.41	p=0.632 t=0.482	3.42±0.41	3.50±0.47	p=0.280 t=-1.205
İİYÇÖ	3.56±0.38	3.40±0.42	p=0.121 MWU=265.000	3.20±0.56	3.12±0.57	p=0.309 MWU=3692.000
ÇİİAÖ	4.18±0.54	4.11±0.45	p= 0.748 MWU=333.000	3.74±0.50	3.72±0.61	p=0.505 MWU=3813.500
G.Ort	3.96±0.35	3.90±0.29	p=0.454 t=0.755	3.64±0.30	3.63±0.36	p=0.908 t=0.116

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; **İB:** İhmal Belirtileri; **İİÇDB:** Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çİİ'de Ailesel Özellikler; **G.Ort:** Genel Ortalama
MWU: Mann Whitney U testi
t: Student T testi

Hekimlerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında, çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 21).

Hemşirelerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında da çocuğu olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Hekim ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)*	Hemşire (n: 180)			Test Değeri
	Tıp F. / Uzmanlık (n:51) ort±ss	Lise / Önlisans (n: 80) ort±ss	Lisans (n:87) ort±ss	Yüksek Lisans (n:13) ort±ss	
İİÇFB	4.09±0.27	3.75±0.31	3.87±0.40	3.78±0.36	p=0.193 X ² _{K-W} =3.287
İB	4.13±0.56	3.78±0.55	3.94±0.51	4.01±0.59	p=0.127 X ² _{K-W} =4.120
İİÇDB	4.01±0.38	3.68±0.42	3.84±0.35	3.87±0.44	p=0.028 X ² _{K-W} =7.171
İİYEÖ	3.70±0.51	3.41±0.51	3.52±0.38	3.46±0.38	p=0.251 F=1.392
İİYÇÖ	3.48±0.40	3.14±0.55	3.16±0.57	3.27±0.58	p=0.562 X ² _{K-W} =0.151
ÇİİAÖ	4.15±0.49	3.70±0.62	3.75±0.50	3.80±0.60	p=0.497 X ² _{K-W} =1.400
G.Ort	3.93±0.32	3.57±0.34	3.68±0.32	3.70±0.31	p=0.086 F=2.484

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkin Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkin Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama

X²_{K-W}: Kruskal Wallis testi

F: Oneway Anova testi

* Değerlendirme yapılamamıştır

Araştırmaya katılan hekimlere bakıldığında, sadece iki kişi yandal uzmanlık eğitimi aldığı için ve diğer tüm hekimler tek eğitim grubunda yer aldığından, hekimler eğitim durumlarına göre değerlendirmeye alınmamıştır.

Hemşirelerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama ölçek bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçeğinde, eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.028). Diğer alt ölçekler ve genel puan ortalamalarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 22).

Tablo 23. Hekim ve hemşirelerin mesleklerindeki çalışma sürelerine göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)				Hemşire (n: 180)			
	5 yıla kadar (n:25) ort±ss	6-10 yıl (n:18) ort±ss	11 yıl ve üzeri (n:10) ort±ss	Test Değeri	5 yıla kadar (n:72) ort±ss	6-10 yıl (n:43) ort±ss	11 yıl ve üzeri (n:65) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.09±0.27	4.11±0.30	4.08±0.27	p=0.870 X ² _{K-W} =0.279	3.78±0.37	3.79±0.34	3.85±0.37	p=0.393 X ² _{K-W} =1.867
İB	4.26±0.46	4.13±0.54	3.83±0.73	p=0.389 X ² _{K-W} =1.837	3.96±0.52	3.86±0.56	3.78±0.54	p=0.208 X ² _{K-W} =3.137
İİÇDB	4.02±0.33	3.40±0.35	4.03±0.57	p=0.888 X ² _{K-W} =0.237	3.75±0.44	3.79±0.41	3.78±0.34	p=0.591 X ² _{K-W} =1.053
İİYEÖ	3.67±0.40	3.82±0.58	3.57±0.59	p=0.435 F=0.846	3.50±0.48	3.50±0.34	3.40±0.43	p=0.369 F=1.003
İİYÇÖ	3.45±0.47	3.50±0.29	3.52±0.43	p=0.755 X ² _{K-W} =0.563	3.15±0.57	3.16±0.53	3.17±0.59	p=0.960 X ² _{K-W} =0.810
ÇİİAÖ	4.16±0.48	4.17±0.56	4.07±0.43	p=0.928 X ² _{K-W} =0.150	3.74±0.56	3.75±0.55	3.70±0.58	p=0.752 X ² _{K-W} =0.571
G.Ort	3.94±0.23	3.95±0.36	3.85±0.37	p=0.695 F=0.365	3.65±0.36	3.64±0.31	3.61±0.32	p=0.824 F=0.193

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama

X²_{K-W}: Kruskal Wallis testi

F: Oneway Anova testi

Araştırmaya katılan hekimlerin, mesleklerindeki çalışma sürelerine bakıldığında, alt ölçeklerde ve genel ortalama da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 23).

Katılımcı hemşirelerin mesleklerindeki çalışma sürelerine göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama ölçek puan ortalamalarına bakıldığında da alt ölçeklerde ve genel ortalama da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 23).

Tablo 24. Hekim ve hemşirelerin konuya ilişkin eğitim alma durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)			Hemşire (n: 180)		
	Alan (n: 23) ort±ss	Almayan (n: 30) ort±ss	Test Değeri	Alan (n: 45) ort±ss	Almayan (n: 135) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.16±0.28	4.04±0.26	p=0.074 MWU=246.000	3.97±0.41	3.76±0.33	p=0.005 MWU=2181.500
İB	4.27±0.62	4.03±0.49	p=0.061 MWU=241.000	4.01±0.60	3.82±0.51	p=0.086 MWU=2519.500
İİÇDB	4.10±0.47	3.95±0.29	p=0.239 MWU=279.500	3.91±0.42	3.72±0.38	p=0.015 MWU=2301.000
İİYEÖ	3.85±0.48	3.59±0.50	p=0.059 MWU=240.000	3.50±0.54	3.45±0.40	p=0.494 MWU=2831.000
İİYÇÖ	3.57±0.28	3.41±0.47	p=0.048 MWU=236.500	3.40±0.52	3.08±0.56	p=0.001 MWU=2035.000
ÇİİAÖ	4.34±0.49	4.00±0.44	p=0.016 MWU=211.000	3.81±0.60	3.70±0.55	p=0.182 MWU=2635.000
G.Ort	4.05±0.33	3.84±0.28	p=0.015 t=2.527	3.77±0.42	3.59±0.29	p=0.009 t=2.687

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama
MWU: Mann Whitney U testi
t: Student T testi

Hekimlerin Çİİ konusuna ilişkin eğitim alma durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim alan hekimlerin; genel puan ortalamaları (p=0.015), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (p=0.048) ve Çİİ'de ailesel özellikler (p=0.016) alt ölçek puan ortalamaları eğitim almayan hekimlere oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05). İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, ihmal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ve Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarına göre ise eğitim alan ve almayan hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 24).

Hemşirelerin Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarına bakıldığında ise, eğitim alan hemşirelerin genel ölçek puan ortalaması (p=0.009), istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalaması (p=0.005) ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalaması (p=0.001) arasındaki farkın istatistiksel olarak yüksek anlamlılık içerdiği saptanmıştır (p<0.01). Çİİ'nin çocuktaki

davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarında ise gruplar arası fark ($p=0.015$) istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İhmal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ve Çİİ’de ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalamalarına bakıldığında ise eğitim alan ve almayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 25. Hekim ve hemşirelerin, hastaları değerlendirirken Çİİ’ni göz önünde bulundurmalarına göre, Çİİ’nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)			Hemşire (n: 180)		
	Evet (n: 50) ort±ss	Hayır (n: 3) ort±ss	Test Değeri	Evet (n: 152) ort±ss	Hayır (n: 28) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.10±0.27	4.02±0.38	p=0.923 MWU=72.500	3.81±0.38	3.79±0.26	p=0.879 MWU=2089.500
İB	4.14±0.57	4.05±0.33	p=0.728 MWU=66.000	3.87±0.54	3.88±0.56	p=0.943 MWU=2110.000
İİÇDB	4.02±0.39	3.89±0.25	p=0.616 MWU=62.000	3.78±0.41	3.76±0.33	p=0.666 MWU=2019.000
İİYEÖ	3.73±0.51	3.28±0.29	p=0.109 MWU=33.500	3.49±0.45	3.32±0.40	p=0.055 MWU=1643.500
İİYÇÖ	3.48±0.42	3.44±0.10	p=0.984 MWU=74.500	3.20±0.58	2.98±0.45	p=0.054 MWU=1642.500
ÇİİAÖ	4.16±0.50	3.88±0.13	p=0.343 MWU=50.500	3.75±0.58	3.64±0.43	p=0.354 MWU=1894.000
G.Ort	3.94±0.33	3.76±0.14	p=0.349 t=0.945	3.64±0.35	3.56±0.24	p=0.203 t=1.279

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ’nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ’de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama
MWU: Mann Whitney U testi
t: Student T testi

Hekimlerin hastaları değerlendirirken Çİİ’yi göz önünde bulundurma durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki alt ölçek ve genel puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 25).

Hemşirelerin, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki alt ölçek ve genel puan ortalamalarında, hastaları değerlendirirken Çİİ’yi göz önünde bulundurma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Hekim ve hemşirelerin, mesleki hayatlarında Çİİ ile karşılaşma ve karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçekler	Hekim (n:53)				Hemşire (n: 180)			
	Evet		Hayır (n:16)	Test Değeri	Evet		Hayır (n:106)	Test Değeri
	Evet (n: 22) ort±ss	Hayır (n: 15) ort±ss			Evet (n: 18) ort±ss	Hayır (n: 56) ort±ss		
İİÇFB	4.07±0.30	4.11±0.28	4.11±0.24	p=0.792 $X^2_{K-W}=0.467$	4.09±0.51	3.81±0.28	3.76±0.35	p=0.021 $X^2_{K-W}=7.735$
İB	4.03±0.62	4.15±0.51	4.26±0.51	p=0.485 $X^2_{K-W}=1.448$	4.09±0.48	3.89±0.51	3.82±0.56	p=0.136 $X^2_{K-W}=3.993$
İİÇDB	4.01±0.39	4.03±0.36	4.00±0.41	p=0.981 $X^2_{K-W}=0.038$	3.99±0.42	3.75±0.36	3.74±0.40	p=0.049 $X^2_{K-W}=6.025$
İİYEÖ	3.61±0.41	3.61±0.57	3.92±0.52	p=0.117 $X^2_{K-W}=4.295$	3.58±0.41	3.44±0.43	3.46±0.45	p=0.625 $X^2_{K-W}=0.941$
İİYÇÖ	3.33±0.33	3.61±0.51	3.55±0.35	p=0.213 $X^2_{K-W}=3.095$	3.46±0.58	3.19±0.53	3.09±0.56	p=0.026 $X^2_{K-W}=7.291$
ÇİİAÖ	4.04±0.41	4.12±0.49	4.32±0.58	p=0.208 $X^2_{K-W}=3.143$	3.77±0.51	3.71±0.53	3.73±0.59	p=0.932 $X^2_{K-W}=0.141$
G.Ort	3.84±0.30	3.94±0.32	4.03±0.33	p=0.236 F=1.487	3.83±0.35	3.63±0.31	3.60±0.34	p=0.025 F=3.750

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; **İB:** İhmal Belirtileri; **İİÇDB:** Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; **İİYEÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; **İİYÇÖ:** İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; **ÇİİAÖ:** Çİİ'de Ailesel Özellikler; **G.Ort:** Genel Ortalama

X^2_{K-W} : Kruskal Wallis testi

F: Oneway Anova testi

Hekimlerin, mesleki hayatlarında Çİİ ile karşılaşma ve karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki genel ortalama ve alt ölçekler bilgi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 26).

Hemşirelerin, mesleki hayatlarında Çİİ ile karşılaşma ve karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre; genel ortalama, istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür ($p<0.05$).

Hemşirelerin, ihmal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ve Çİİ'de ailesel özellikler alt ölçeklerinin bilgi puan ortalamalarında ise, mesleki hayatlarında Çİİ ile karşılaşma ve karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Hekim ve hemşirelerin, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçek	Hekim (n:53)				Hemşire (n: 180)			
	Evet (n: 17) ort±ss	Hayır (n: 8) ort±ss	Bilmiyor (n:28) ort±ss	Test Değeri	Evet (n: 32) ort±ss	Hayır (n: 33) ort±ss	Bilmiyor (n: 115) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.09±0.28	4.25±0.26	4.05±0.27	p=0.274 X ² _{K-W} =2.589	3.87±0.31	3.74±0.37	3.81±0.37	p=0.341 X ² _{K-W} =2.154
İB	4.08±0.47	4.68±0.28	4.01±0.59	p=0.005 X ² _{K-W} =10.542	3.78±0.69	3.83±0.48	3.91±0.51	p=0.424 X ² _{K-W} =1.717
İİÇDB	3.98±0.41	4.27±0.35	3.96±0.36	p=0.137 X ² _{K-W} =6.385	3.84±0.32	3.75±0.47	3.76±0.39	p=0.582 X ² _{K-W} =1.084
İİYEÖ	3.62±0.42	4.14±0.49	3.63±0.51	p=0.041 X ² _{K-W} =6.385	3.65±0.51	3.37±0.42	3.44±0.42	p=0.055 X ² _{K-W} =5.809
İİYÇÖ	3.38±0.49	3.72±0.42	3.46±0.32	p=0.146 X ² _{K-W} =3.853	3.29±0.64	3.08±0.60	3.15±0.53	p=0.201 X ² _{K-W} =3.205
ÇİİAÖ	4.10±0.53	4.55±0.57	4.06±0.39	p=0.083 X ² _{K-W} =4.990	3.91±0.94	3.64±0.54	3.70±0.54	p=0.083 X ² _{K-W} =4.987
G.Ort	3.88±0.30	4.27±0.30	3.86±0.29	p=0.011 X ² _{K-W} =9.083	3.72±0.38	3.57±0.30	3.62±0.32	p=0.227 X ² _{K-W} =2.962

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama
X²_{K-W}: Kruskal Wallis testi

Hekimlerin, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarından; genel ortalama puanı ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür (p<0.05). Hekimlerin ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark yüksek düzey anlamlı olarak saptanmıştır (p<0.01) (Tablo 27).

Hekimlerin, istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve Çİİ'de ailesel özellikler alt ölçeklerine bakıldığında ise, hekimlerin çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 27).

Hemşirelerin, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, bilgi puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 27).

Tablo 28. Hekim ve hemşirelerin, çalıştıkları ilde ÇİM varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Alt Ölçek	Hekim (n:53)				Hemşire (n: 180)			
	Evet (n: 28) ort±ss	Hayır (n: 3) ort±ss	Bilmiyor (n:22) ort±ss	Test Değeri	Evet (n: 46) ort±ss	Hayır (n: 9) ort±ss	Bilmiyor (n: 125) ort±ss	Test Değeri
İİÇFB	4.16±0.31	4.04±0.08	4.02±0.21	p=0.194 X ² _{K-W} =3.277	3.88±0.35	4.05±0.37	3.77±0.36	p=0.036 X ² _{K-W} =6.668
İB	4.16±0.63	4.57±0.01	4.05±0.47	p=0.123 X ² _{K-W} =4.189	3.87±0.56	4.37±0.56	3.84±0.52	p=0.023 X ² _{K-W} =7.530
İİÇDB	4.03±0.41	4.29±0.60	3.95±0.31	p=0.553 X ² _{K-W} =1.186	3.81±0.33	4.18±0.38	3.72±0.40	p=0.011 X ² _{K-W} =9.082
İİYEÖ	3.73±0.49	3.89±0.10	3.65±0.56	p=0.590 X ² _{K-W} =1.054	3.45±0.39	3.81±0.38	3.44±0.46	p=0.066 X ² _{K-W} =5.422
İİYÇÖ	3.49±0.36	3.56±0.35	3.44±0.47	p=0.603 X ² _{K-W} =1.012	3.06±0.54	3.07±0.67	3.20±0.56	p=0.309 X ² _{K-W} =2.349
ÇİİAÖ	4.19±0.53	4.10±0.25	4.07±0.46	p=0.781 X ² _{K-W} =0.494	3.71±0.60	3.73±0.81	3.73±0.53	p=0.898 X ² _{K-W} =0.215
G.Ort	3.96±0.35	4.10±0.25	3.86±0.29	p=0.367 X ² _{K-W} =2.005	3.63±0.34	3.87±0.35	3.61±0.33	p=0.130 X ² _{K-W} =4.074

İİÇFB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri; İB: İhmal Belirtileri; İİÇDB: Çİİ'nin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çİİ'de Ailesel Özellikler; G.Ort: Genel Ortalama
X²_{K-W}: Kruskal Wallis testi

Hekimlerin, çalıştıkları ilde ÇİM varlığını bilme durumlarına göre, çocuk Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılama genel ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 28).

Hemşirelerin, çalıştıkları ilde ÇİM varlığını bilme durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki genel ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarına bakıldığında ise, istismar ve ihmaliin çocuktaki fiziksel belirtileri, ihmal belirtileri ve Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 28).

Hemşirelerin, çalıştıkları ilde ÇİM varlığını bilme durumlarına göre; istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri, Çİİ'de ailesel özellikler alt ölçekleri ve genel puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 28).

4.2.3. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlar

Tablo 29. Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Ölçek Maddeleri	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		Genel Puan Ort.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	ort	ss
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.											
	-	-	1	1.9	2	3.8	12	22.6	38	71.7	4.64	0.65
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun, eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.											
	-	-	2	3.8	5	6.4	20	37.7	26	49.1	4.32	0.80
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.											
	2	3.8	3	5.7	3	5.7	18	34.0	27	50.9	4.23	1.05
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.											
	-	-	10	18.9	22	41.5	18	34.0	3	5.7	3.26	0.84
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.											
	7	13.2	15	28.3	18	34.0	9	17.0	4	7.5	2.77	1.12
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.											
	-	-	4	7.5	8	15.1	26	49.1	15	28.3	3.98	0.87
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.											
	-	-	-	-	6	11.3	29	54.7	18	34.0	4.23	0.64
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.											
	2	3.8	14	26.4	17	32.1	16	30.2	4	7.5	3.11	1.01
9	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.											
	-	-	3	5.7	4	7.5	21	39.6	25	47.2	4.28	0.84

Tablo 29 Devam. Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	-	-	1	1.9	10	18.9	21	39.6	21	39.6	4.17	0.80
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	1	1.9	2	3.8	13	24.5	26	49.1	11	20.8	3.83	0.87
12	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	-	-	-	-	5	9.4	26	49.1	22	41.5	4.32	0.64
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	-	-	1	1.9	3	5.7	22	41.5	27	50.9	4.42	0.69
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	-	-	3	5.7	5	9.4	21	39.6	24	45.3	4.25	0.85
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	-	-	-	-	2	3.8	11	20.8	40	75.5	4.72	0.53
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	-	-	1	1.9	2	3.8	18	34.0	32	60.4	4.53	0.67
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	1	1.9	5	9.4	12	22.6	23	43.4	12	22.6	3.75	0.98
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	1	1.9	-	-	-	-	20	37.7	32	60.4	4.55	0.70
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	3	5.7	-	-	3	5.7	20	37.7	27	50.9	4.29	1.01
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	-	-	3	5.7	-	-	24	45.3	26	49.1	4.38	0.77
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	1	1.94	4	7.5	9	17.0	19	35.8	20	37.7	4.00	1.02
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	-	-	1	1.9	3	5.7	25	47.2	24	45.3	4.36	0.68

Tablo 29 Devam. Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	-	-	1	1.9	2	3.8	19	35.8	31	58.5	4.51	0.67
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	1	1.9	1	1.9	9	17.0	25	47.2	17	32.1	4.06	0.86
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	-	-	3	5.7	8	15.1	22	41.5	20	27.0	4.11	0.87
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	-	-	3	5.7	-	-	23	43.4	27	50.9	4.40	0.77
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	5	9.4	6	11.3	12	22.6	17	32.1	13	25.4	3.51	1.25
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	-	-	3	5.7	3	5.7	6	11.3	41	77.4	4.60	0.84
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	4	7.5	7	13.2	18	34.0	16	30.2	8	15.1	3.32	1.12
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	-	-	1	1.9	-	-	8	15.2	44	83.0	4.79	0.53
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	1	1.9	-	-	1	1.9	24	45.3	27	50.9	4.43	0.53
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	21	39.6	26	49.1	3	5.7	-	-	3	5.7	1.83	0.98
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	-	-	3	5.7	7	13.2	27	50.9	16	30.2	4.06	0.82
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	2	3.8	6	11.3	21	39.6	15	28.3	9	17.0	3.43	1.03
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabılır.	1	1.9	-	-	5	9.4	23	43.4	24	45.3	4.30	0.80

Tablo 29 Devam. Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	1	1.9	-	-	5	9.4	26	49.1	21	39.6	4.25	0.78
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	3	5.7	3	5.7	20	37.7	13	24.5	14	26.4	3.60	1.12
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	1	1.9	-	-	7	13.2	26	49.1	19	35.8	4.17	0.80
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	-	-	-	-	8	15.1	27	50.9	18	34.0	4.19	0.68
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	-	-	-	-	4	7.5	26	49.1	23	43.4	4.36	0.62
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	1	1.9	1	1.9	11	20.8	16	30.2	24	45.3	4.15	0.95
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	3	5.7	6	11.3	24	45.3	15	28.3	5	9.4	3.25	0.98
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	4	7.5	4	7.5	20	37.7	19	35.8	6	11.3	3.36	1.04
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	-	-	2	3.8	13	24.5	21	39.6	17	32.1	4.00	0.85
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	3	5.7	1	1.9	13	24.5	23	43.4	13	24.5	3.79	1.03
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	-	-	3	5.7	8	15.1	23	43.4	19	35.8	4.09	0.86
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	-	-	1	1.9	8	15.1	25	47.2	19	35.8	4.17	0.75
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	-	-	-	-	1	1.9	26	49.1	26	49.1	4.47	0.54
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	2	3.8	2	3.8	5	9.4	18	34.0	26	49.1	4.21	1.03

Tablo 29 Devam. Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	6	11.3	13	24.5	17	32.1	11	20.8	6	11.3	2.96	1.18
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	7	13.2	10	18.9	21	39.6	10	18.9	5	9.4	2.92	1.14
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	5	9.4	11	20.8	11	20.8	11	20.8	15	28.3	3.38	1.35
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	2	3.8	12	22.6	24	45.3	9	17.0	6	11.3	3.09	1.01
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	1	1.9	2	3.8	4	7.5	20	37.7	26	49.1	4.28	0.91
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	6	11.3	10	18.9	24	45.3	11	20.8	2	3.8	2.87	1.00
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	3	5.7	7	13.2	32	60.4	7	13.2	4	7.5	3.04	0.90
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	-	-	2	3.8	7	13.2	21	39.6	23	43.4	4.23	0.82
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.	1	1.9	8	15.1	7	13.2	17	32.1	20	37.7	3.89	1.14
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmaliinin oluşmasında etken değildir.	1	1.9	3	5.7	14	26.4	24	45.3	11	20.8	3.77	0.91
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	1	1.9	5	9.4	12	22.6	23	43.4	12	22.6	3.75	0.98
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	-	-	1	1.9	12	22.6	22	41.5	18	34.0	4.08	0.81
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	2	3.8	2	3.8	15	28.3	22	41.5	12	22.6	3.75	0.98
63	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	-	-	-	-	1	1.9	15	28.3	37	69.8	4.68	0.51

Tablo 29 Devam. Hekimlerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

64	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	-	-	2	3.8	3	5.7	25	47.2	23	43.4	4.30	0.75
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	-	-	-	-	5	9.4	18	34.0	30	56.6	4.47	0.67
66	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	4	7.5	5	9.4	14	26.4	20	37.7	10	18.9	3.51	1.14
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	-	-	-	-	1	1.9	18	34.0	34	64.2	4.62	0.53

Tablo 30. Hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Ölçek Maddeleri	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		Genel Puan Ort.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	ort	ss
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.											
	-	-	-	-	8	4.4	58	32.2	114	63.3	4.59	0.58
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.											
	1	0.6	5	2.8	34	18.9	58	32.2	82	45.6	4.19	0.88
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.											
	20	11.1	29	16.1	47	26.1	48	26.7	36	20.0	3.28	1.27
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.											
	8	4.4	34	18.9	72	40.0	33	18.3	33	18.3	3.27	1.10
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.											
	23	12.8	53	29.4	86	47.8	14	7.8	4	2.2	2.57	0.89
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.											
	1	0.6	7	3.9	35	19.4	89	49.4	48	26.7	3.98	0.82
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.											
	2	1.1	1	0.6	35	19.4	79	43.9	63	35.0	4.11	0.81
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.											
	14	7.8	39	21.7	91	50.6	26	14.4	10	5.6	2.89	0.94
9	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.											
	2	1.1	8	4.4	61	33.9	70	38.9	39	21.7	3.76	0.88
10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.											
	6	3.3	11	6.1	76	42.2	54	30.0	33	18.3	3.54	0.97

Tablo 30 Devam. Hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	5	2.8	10	5.6	59	32.8	66	36.7	40	22.2	3.70	0.97
12	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	8	4.4	25	13.9	57	31.7	52	28.9	38	21.1	3.48	1.11
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	-	-	4	2.2	24	13.3	84	46.7	68	37.8	4.20	0.75
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	16	8.9	15	8.3	52	28.9	62	34.4	35	19.4	3.47	1.16
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	-	-	3	1.7	20	11.1	53	29.4	104	57.8	4.43	0.76
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	5	2.8	7	3.9	66	36.7	45	25.0	57	31.7	3.79	1.04
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	8	4.4	22	12.2	62	34.4	55	30.6	33	18.3	3.46	1.06
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	-	-	3	1.7	8	4.4	60	33.3	109	60.6	4.52	0.66
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	9	5.0	4	2.2	20	11.1	53	29.4	94	52.2	4.22	1.06
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	-	-	5	2.8	8	4.4	77	42.8	90	50.0	4.40	0.71
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	4	2.2	22	12.2	65	36.1	55	30.6	34	18.9	3.52	1.01
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	-	-	7	3.9	20	11.1	74	41.1	79	43.9	4.25	0.80
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	2	1.1	6	3.3	28	15.6	63	35.0	81	45.0	4.19	0.90

Tablo 30 Devam. Hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	1	0.6	7	3.9	55	30.6	73	40.6	44	24.4	3.84	0.86
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	1	0.6	14	7.8	45	25.0	69	38.3	51	28.3	3.86	0.94
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	4	2.2	4	2.2	9	5.0	85	47.2	78	43.3	4.27	0.84
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	13	7.2	35	19.4	67	37.2	38	21.1	27	15.0	3.17	1.13
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	8	4.4	8	4.4	49	27.2	30	16.7	85	47.2	3.98	1.15
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	20	11.1	20	11.1	81	45.0	38	21.1	21	11.7	3.11	1.11
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	4	2.2	4	2.2	23	12.8	32	17.8	117	65.0	4.41	0.95
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	-	-	4	2.2	18	10.0	67	37.2	91	50.6	4.36	0.75
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	57	31.7	67	37.2	45	25.0	10	5.6	1	0.6	2.06	0.92
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	1	0.6	17	9.4	46	25.6	72	40.0	44	24.4	3.78	0.94
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	15	8.3	27	15.0	81	45.0	35	19.4	22	12.2	3.12	1.08
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	1	0.6	6	3.3	32	17.8	82	45.6	59	32.8	4.07	0.93
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	-	-	3	1.7	31	17.2	86	47.8	60	33.3	4.13	0.75

Tablo 30 Devam. Hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	2	1.1	23	12.8	59	32.8	65	36.1	31	17.2	3.56	0.96
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	1	0.6	4	2.2	42	23.3	85	47.2	48	26.7	3.97	0.80
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	-	-	6	3.3	47	26.1	78	43.3	49	27.2	3.94	0.82
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	1	0.6	1	0.6	22	12.2	83	46.1	73	40.6	4.26	0.73
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	6	3.3	33	18.3	58	32.2	47	26.1	36	20.0	3.41	1.10
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	20	11.1	40	22.2	89	49.4	18	10.0	13	7.2	2.80	1.01
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	5	2.8	17	9.4	94	52.2	52	28.9	12	6.7	3.27	0.83
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	2	1.1	13	7.2	77	42.8	59	32.8	29	16.1	3.56	0.89
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	5	2.8	14	7.8	68	37.8	61	33.9	32	17.8	3.56	0.96
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	14	7.8	16	8.9	34	18.9	63	35.0	53	29.4	3.69	1.21
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	3	1.7	15	8.3	57	31.7	71	39.4	34	18.9	3.66	0.94
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	1	0.6	2	1.1	11	6.1	66	36.7	100	55.6	4.46	0.71
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	12	6.7	10	5.6	34	18.9	55	30.6	69	38.3	3.88	1.18
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	13	7.2	20	11.1	67	37.2	64	35.6	16	8.9	3.28	1.02

Tablo 30 Devam. Hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	18	10.0	41	22.8	68	37.8	38	21.1	15	8.3	2.95	1.08
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	19	10.6	47	26.1	42	23.3	49	27.2	23	12.8	3.06	1.21
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	20	11.1	43	23.9	59	32.8	44	12.4	14	7.8	2.94	1.11
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	7	3.9	24	13.3	47	26.1	50	27.8	52	28.9	3.64	1.15
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	42	23.3	47	26.1	59	32.8	23	12.8	9	5.0	2.50	1.13
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	15	8.3	54	30.0	62	34.4	22	12.2	27	15.0	2.96	1.17
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	5	2.8	7	3.9	50	27.8	79	43.9	39	21.7	3.78	0.92
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.	10	5.6	15	8.3	60	33.3	68	37.8	27	15.0	3.48	1.03
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	13	7.2	25	13.9	51	28.3	67	37.2	24	13.3	3.36	1.10
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	10	5.6	31	17.2	39	21.7	75	41.7	25	13.9	3.41	1.10
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.	12	6.7	30	16.7	60	33.3	44	24.4	34	18.9	3.32	1.16
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmaline için bir risktir.	1	0.6	15	8.3	39	21.7	87	48.5	38	21.1	3.81	0.88
63	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	4	2.2	15	8.3	37	20.6	67	37.2	57	31.7	3.88	1.02
64	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	1	0.6	9	5.0	28	15.6	81	45.0	61	33.9	4.07	0.86

Tablo 30 Devam. Hemşirelerin, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	2	1.1	7	3.9	26	14.4	75	41.7	70	38.9	4.13	0.88
66	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	10	5.6	17	9.4	63	35.0	53	29.4	37	20.6	3.50	1.09
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	-	-	1	0.6	19	10.6	82	45.6	78	43.3	4.32	0.68

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, bulgular kısmında olduğu gibi iki başlıkta tartışılmıştır. İlk bölümde “Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çocuk İstismar ve İhmal Konusundaki Farkındalıkları, Görüş ve Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması”; ikinci bölümde ise “Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması” başlıkları ele alınmıştır.

5.1. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çİİ Konusundaki Farkındalıkları, Görüş ve Deneyimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, hekimlerin %58.5’i erkek ve %41.5’i ise kadındır. Hemşirelerin ise çoğunun (%97.2) kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Hekimliğin hem kadın hem de erkekler tarafından yaygın olarak yapılmasına karşın, 2007 yılına kadar hemşirelik mesleği kadınlara özgü bir meslek olarak görülmekte ve erkekler tarafından yapılmamakta idi. 2007 yılında düzenlenen hemşirelik yasası ile birlikte erkeklere de hemşirelik unvanı alabilme hakkı verilmiştir [138]. Ancak çalışmamızda da görüldüğü üzere erkek hemşire sayısı henüz kadın hemşire sayısına göre oldukça düşüktür.

Araştırmaya katılanların yaşlarının dağılımlarına bakıldığında; hekimlerin çoğu (%58.5) 27-35 yaş aralığında, hemşireler ise tüm yaş gruplarında eşit (%33.3) dağılım göstermiştir (Tablo 2). Kocaer’in çalışmasında ise hekimlerin %18.7’sinin ve hemşirelerin de %29.4’ünün 26-35 yaş grubunda olduğu saptanmıştır [20].

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, hekimlerin (%66) ve hemşirelerin (%58.3) yarıdan fazlasının evli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Kocaer (hekim %84.1, hemşire %96.3) ve Uysal’ın (hemşire %95.5) çalışmalarında evli katılımcıların oranları çok daha yüksektir. Ancak, katılımcıların yaş ortalaması (29.9±6.5) daha genç gruptan oluşan Yılmaz’ın çalışmasında ise evli hemşire oranı %47.9’dur [19,20,139]. Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşirelerin ağırlıklı olarak genç yaş gruplarından oluşmasının medeni durumlarına etki ettiğini söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan hekim (%49.1) ve hemşirelerin ise (%48,3) yarıya yakını çocuk sahibidir. Bu oranların, katılımcıların yaş ortalaması ve evli katılımcı sayısı ile paralellik gösterdiği görülmektedir (Tablo 2).

Katılımcı hekimlerden yalnızca ikisi yandal uzmanlık eğitimi almıştır ve diğer tüm hekimler tek mezuniyet grubunda ele alındığından, hekimlerde mezuniyet durumlarına göre değerlendirme yapılmamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin çoğunun (%48.3) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Uysal'ın 1998 yılındaki çalışmasında ise çalışmamızın aksine hemşirelerin çoğunun (%55.2) açıköğretim önlisans mezunu olduğu görülmüştür [19]. Bu farklılığın, yıllar içerisinde mesleki eğitim anlamında hemşirelikte gözle görülür gelişmelerin olması, lisans ve yüksek lisans mezunlarının sayısının gün geçtikçe artması ve hemşirelerin daha da profesyonelleşmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Meslekte çalışma yıllarına bakıldığında hekimlerin çoğunluğunun (%47.2) 6 yıldan daha az süredir çalıştığı görülmektedir (Tablo 2). Kocaer'in çalışmasında çalışmamızın aksine hekimlerin çoğunun (%89.7) çalışma sürelerinin 6 yıldan uzun olduğu belirlenmiştir [20]. Hemşirelerin de hekimlere benzer şekilde çoğunun (%40) 6 yıldan az süredir çalışmakta olduğu bulunmuştur. Külcü ve Karataş'ın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin çoğunun (%64.3) 6 yıldan az süredir çalışmakta olduğu tespit edilmiştir [140].

Çalışmamızda katılımcıların çalıştıkları bölümler incelendiğinde, hekimlerin çoğunluğu (%79.3) genel pediatri servislerinde çalışmaktadır (Tablo 3). Çalışmanın yürütüldüğü dört kurumda da yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır ve standartlar gereği bu ünitelerde hemşire sayısının yüksek olması nedeni ile hemşirelerin çoğunluğunun (%38.9) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalıştıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda hekimlerin yarısından fazlası, hemşirelerin ise dörtte üçü daha önce Çİİ konusunda eğitim almamış ancak hekim ve hemşirelerin çoğunun Çİİ konusunda eğitim almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 4). Eğitim alan hekim sayısının ise (%43.4) hemşirelere (%25) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.010$) (Tablo 4). Kocaer'in çalışmasında da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup, hekimlerin %51.4'ünün hemşirelerin %72.1'inin konu hakkında eğitim almadığı sonucuna ulaşılmıştır [20].

Çalışmamızda hekim (%94.3) ve hemşirelerin (%84.4) çoğunun çocuk hastaları değerlendirirken Çİİ'yi göz önünde bulundurdıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Bu oran sağlık profesyonellerinin Çİİ konusunu önemseydiğini göstermektedir.

Çalışmada hekimlerin Çİİ şüphesi ile karşılaşma oranlarının (%69.8) hemşirelere (%41,1) göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca hekimlerin %24.5'inin ve hemşirelerin %15'inin son bir yılda 2 ila 5 arasında Çİİ vakası ile karşılaştıkları ve hekimlerin karşılaştıkları vaka sayısının hemşirelere göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.026$) (Tablo 5). Kocaer'in çalışmasında hekimlerin %52.8'i, hemşirelerin ise %30.1'i Çİİ olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir [20]. Bizim çalışmamızdaki Çİİ vakası oranının Kocaer'in çalışmasına göre yüksek olmasının sebebinin, Çİİ'nin son yıllarda daha tanınır hale gelmesi olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda meslek hayatında Çİİ olgusu ile karşılaşan hekimlerin yarısından fazlası (%59.5), hemşirelerin ise dörtte birine yakınının (%24.3) bildirim yaptığı belirlenmiştir. Hekimlerin çoğunluğu, resmi mercilere (%27.4), savcılığa (%22.7), hastane idaresi ve güvenliğine (%22.7) bildirim yaparken, hemşireler öncelikle sorumlu hekim ve hemşireye bildirim yapma (%38.9) yoluna gitmiştir (Tablo 6). Ancak, görevlerini yaptıkları sırada Çİİ olgusu ile karşılaşan sağlık mensuplarına özel bir ihbar yükümlülüğü (TCK'nın 280. maddesi) olmasına rağmen, hekimlerin %40.5'inin ve hemşirelerin %75.5'inin Çİİ olgusu ile karşılaşmış olmalarına rağmen bildirim yapmamış olmaları oldukça düşündürücüdür [136]. Çalışmamızda mesleki hayatlarında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış hekim (%87.5) ve hemşirelerin (%82.1) çoğunluğu, Çİİ olgusu ile karşılaşmaları durumunda çeşitli şekillerde bildirim yapacaklarını belirtmiştir. Bildirim yaparım diyen hekimlerin %12.5'i ve hemşirelerin %20.7'sinin nereye bildirim yapacağını bilmemektedir (Tablo 7). Kocaer'in çalışmasında da, mesleki hayatlarında Çİİ olgusu ile karşılaşan hekimlerin %47.4'ü ve hemşirelerin %40.9'u olayı rapor etme ve yasal süreç konusunda zorluk yaşadıklarını dile getirmişlerdir [20]. Her iki çalışmadan da anlaşıldığı gibi Çİİ olgusu ile karşılaştıktan sonraki yasal süreç konusunda hekim ve hemşirelerin bilgi eksiklikleri bulunmaktadır.

Çalışmamızda mesleki hayatlarında Çİİ olgusu ile karşılaşmamış, ancak karşılaşsa da bildirim yapmayacağını belirten hekim (n:2) ve hemşirelere (n:19) bakıldığında, iki hemşire hariç diğer katılımcılar nereye bildirim yapacağını bilmediğini ve konu hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir (Tablo 8). Kocaer'in çalışmasındaki benzer soruda da cevaplar çalışmamızla paralellik göstererek katılımcıların çoğunluğunun yasal süreci bilmediği tespit edilmiştir [20]. Bu noktada da kurumlarda Çİİ konulu hizmet içi eğitimlerin önemi ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda, toplumda en çok görülen Çİİ türünün hekimlere göre fiziksel istismar, hemşirelere göre ise ihmal olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Kara ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışmamızın aksine, hekimler en sık görülen Çİİ türünün ihmal (%45.8) olduğunu belirtmişlerdir [141]. Çalışmamızda hemşirelerin ihmali birinci sraya koymalarının nedeninin, çocuk ve aileyi daha çok gözleme ve bir arada olma imkânları doğrultusunda, çok geniş bir kapsama sahip olan ve tespiti çok zor olan ihmal belirtilerini daha iyi fark edebilmeleri olduğu düşünülmektedir (Tablo 5).

Çalışmaya katılan hekimlerin, Çİİ vakalarının tanınması aşamasında mutlaka olması gerektiğini düşündükleri branşların başında, çocuk ruh sağlığı uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve adli tıp uzmanı gelmektedir. Hemşireler ise çocuk ruh sağlığı uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve sosyal hizmetler uzmanının tanı aşamasında öncelikle bulunmasının gereğini belirtmiştir. Araştırmamızda hekimler, çocuk hemşiresini (%37.7) beşinci sraya, hemşireler (%53.3) ise dördüncü sraya koymuştur (Tablo10). Bu sonucun, Çİİ'nin tanı aşamasında çocuk hemşirelerinin bilgi ve deneyimlerinin öneminin henüz anlaşılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yılmaz'ın çalışmasında bu soruya katılımcıların %91.7'si "Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı", %95.6'sı "Çocuk ruh sağlığı uzmanı, %76.6'sı "Çocuk hemşiresi" yanıtını vermiştir [139].

Çalışmamıza katılan hekimlerin ve hemşirelerin çoğu çalıştıkları kurumda Çİİ'ye yönelik talimat ya da prosedür varlığını bilmemektedir. Hekim ve hemşirelerin talimat ve prosedür varlığını bilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 11). Burç ve Tüfekçi'nin çalışmasında da çalışma sonuçlarımızla benzer olarak hemşirelerin çoğunun kurumlarında Çİİ'ye yönelik talimat/prosedür varlığını bilmediği tespit edilmiştir [130]. Kocaer'in çalışmasında ise hekimlerin ve hemşirelerin çoğunluğu kurumlarında talimat/prosedür olmadığını veya varlığını bilmediğini belirtmiştir [20]. Bu sonuç bize, kurumlarda Çİİ konusunda gerekli düzenlemelerin yapılmadığı ve yapılmış ise çalışanların konu hakkında bilgilendirilmediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin yarısından fazlası (%52.8) çalıştıkları ilde ÇİM varlığından haberdar iken, hemşirelerin ise ancak dörtte biri (%25.6) bu merkezden haberdardır ve aradaki farkın da yüksek düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.001) (Tablo 11). Çalışmanın yürütüldüğü kurumlardan üniversite hastanesinin bünyesinde, Trabzon Valiliği'ne bağlı olarak hizmet vermekte olan ÇİM bulunmaktadır. Bilindiği üzere ÇİM'ler

cinsel istismar suçlarında mağdur çocukların 7 gün 24 saat adli görüşmeciler tarafından değerlendirilmelerinin yürütüldüğü merkezlerdir ve bu merkeze olgular direkt bildirilebilmektedir [129]. Bu nokta da hekim ve hemşirelerin bu merkezden haberdar olmaları oldukça önemlidir.

Çalışmamızda hekimlerin (%69.8) ve hemşirelerin çoğunluğunun (%87.8) Çİİ vakası ile karşılaştıklarında yasal yükümlülüklerini bilmediği saptanmıştır. Hemşirelerin yasal boyut hakkında bilgilerinin hekimlere oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 12). Bu sonucun, hemşirelik eğitim sisteminde ve kurumlarda çalışanlar için düzenlenen hizmet içi eğitimlerde, Çİİ konusuna yer verilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çİİ konusunun hemşirelik eğitim programlarına ayrıntılı bir şekilde eklenmesinin önemi aşikârdır.

Çalışmamıza katılan çocuk sahibi hekimlerin %11.5'i hemşirelerin ise %16'sı çocuklarına istismar uyguladığını, hekimlerin %46.2'si ve hemşirelerin %46'sı da çocuklarını ihmal ettiklerini dile getirmiştir (Tablo 13). Göregen'in çalışmasında, sağlık çalışanlarının çoğunun (%81.1) kendi çocuklarına fiziksel olarak istismar ve ihmal uyguladıklarını belirtmiştir [142]. Özellikle pediatri kliniklerinde çalışarak çocukların beden ve ruh sağlığının sürdürülmesi için hizmet veren sağlık çalışanlarının, kendi çocuklarına istismar ve ihmal uygulaması, uzun çalışma saatleri, zor çalışma koşulları ve ağır iş yükünü akla getirmektedir.

5.2. Hekim ve Hemşirelerin Çİİ'nin Belirti ve Risklerine Yönelik Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada hekim ve hemşirelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek” formunda en çok “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” sorusuna doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir (Tablo 14). Katılımcıların en çok yanlış cevap verdikleri soru ise “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” sorusu olmuştur (Tablo 15). Uysal'ın çalışmasında da, çalışmamıza benzer şekilde en çok yanlış cevap verilen soru “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” sorusu olmuştur [19].

Hekimlerin genel ölçek puan ortalamasına ve alt ölçeklerin puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puan ortalaması (4.15 ± 0.32) çocuk istismar ve ihmali ailesel özellikler alt ölçeğinden, en düşük puan ortalaması ise (3.48 ± 0.40) istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubundadır (Tablo 16). Hemşirelerin genel bilgi puan ve alt ölçekler puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puan ortalaması (3.87 ± 0.54) ihmal belirtileri alt ölçeğinden, en düşük puan ortalaması (3.16 ± 0.56) da istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubundadır (Tablo 17). Metinyurt ve Sarı'nın çalışmasında da sağlık profesyonelleri en düşük puan ortalamasını ihmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri alt ölçeğinden almıştır [143]. Bu sonuçlara göre hekim ve hemşirelerin, çocukları değerlendirirken istismar ve ihmale yatkın çocukları tespit etme aşamasında zorluk yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmada hekimlerin genel ölçek ortalaması, istismar ve ihmali çocukta fiziksel belirtileri, Çİİ'nin çocukta davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve Çİİ'de ailesel özellikler alt ölçeklerinde hemşirelere oranla daha yüksek puan ortalamalarına sahiptir ve bu durum istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Hekimler, ihmal belirtileri ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeklerinde de hemşirelere oranla yüksek puan ortalamalarına sahiptir ve bu durum da istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlıdır ($p<0.01$) (Tablo 18). Kocaer'in çalışmasında ise hekimlerin genel ölçek puan ortalamasının hemşirelere oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) [20].

Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş gruplarına göre genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hemşirelerin ise sadece istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek puan ortalamaları arasında yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.041$) ve en düşük puan ortalaması 35 yaş ve üzerindeki gruptadır (3.37 ± 0.40). Ayrıca genel ölçek puan ortalamalarına bakıldığında hekimlerde ve hemşirelerde 35 yaş ve üzeri grupların bilgi puan ortalamaları diğer gruplara oranla düşük bulunmuştur (Tablo 19). Kocaer'in çalışmasında hekim ve hemşirelerin yaş gruplarına göre genel puan ortalamalarında anlamlı farklılık görülmemiştir [20]. Çalışmamızda 35 yaşın altındaki grupların genel ölçek ortalamalarının, 35 yaş üzeri gruba oranla daha yüksek olmasının nedeninin, okul eğitimlerine dayalı bilgilerinin daha yeni ve güncel olması ve mesleki yıpranmışlık ve

tükenmişlerinin daha az olması nedeni ile konuya ilgilerinin daha çok olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki alt ölçekler ve genel ölçek puan ortalamalarında medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamızda bekâr hekimlerin (3.94±0.29) evli hekimlere göre (3.92±0.34) ve evli hemşirelerin (3.64±0.30) bekâr hemşirelere göre genel ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20). Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin ve Kocaer'in çalışmasında da hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında evli katılımcı sayısı oldukça fazla olmakla birlikte, evli ve bekâr gruplar arasında ölçek puanlarına göre anlamlı farklılıklar görülmemiştir [19,20].

Katılımcılar çocuk sahibi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde, hekim ve hemşirelerin Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki alt ölçekler ve genel ölçek puan ortalamalarında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Ancak çocuk sahibi hekimlerin (3.96±0.35) çocuk sahibi olmayan hekimlere (3.90±0.29) ve yine çocuk sahibi hemşirelerin (3.64±0.30) çocuk sahibi olmayan hemşirelere (3.63±0.36) göre genel ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 21). Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin ve Kocaer'in çalışmasında da hekim ve hemşirelerin çocuk sahibi olma oranları yüksek olmakla birlikte, çocuk sahibi olan ve olmayan gruplar arasında ölçek puanlarına göre anlamlı farklılıklar görülmemiştir [19,20]. Çocuk sahibi olanların deneyimleri sayesinde Çİİ konusuna daha duyarlı ve hassas oldukları için genel ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşireler mezuniyet durumlarına göre değerlendirildiğinde Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçeğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ve yüksek lisans grubunun puan ortalaması (3.87±0.44) diğer mezuniyet gruplarına oranla yüksektir. Genel ölçek puan ortalamasına bakıldığında, yüksek lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması 3.70±0.31, lisans mezunu hemşirelerin 3.68±0.32 ve lise ve önlisans mezunu hemşirelerin ise 3.57±0.34 olarak saptanmıştır (Tablo 22). Hemşirelik lisans ve yüksek lisans programlarında, Çİİ konusu derslerde daha geniş yer aldığından, hemşirelerin bilgi düzeylerinin eğitimlerine paralel olarak arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları, mesleklerindeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı

farklılıklar göstermemektedir. Ancak yaş ortalamalarındaki duruma paralel olarak, mesleki deneyimin artmasıyla birlikte genel ölçek puanının azaldığı görülmüştür (Tablo 23). Çalışma sonuçlarımızla paralel olarak Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin ve Kocaeli'nin çalışmasında da hekim ve hemşirelerin mesleklerindeki çalışma sürelerine göre ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir [19,20].

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının, Çİİ konusuna ilişkin eğitim alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, tüm alt ölçek ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamalarında, eğitim alan grupların puan ortalamalarının eğitim almayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çİİ konusuna ilişkin eğitim alan ve almayan hekimlerin, genel puan ortalama ($p=0.015$), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ($p=0.048$) ve Çİİ'de ailesel özellikler ($p=0.016$) alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 24).

Çİİ konusuna ilişkin eğitim alan ve almayan hemşirelerin, genel ölçek puan ortalaması ($p=0.009$), istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri ($p=0.005$) ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ($p=0.001$) alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek grubunda da konuya ilişkin eğitim alan ve almayan hemşireler arasındaki fark ($p=0.015$) istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 24). Yılmaz'ın çalışmasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri ve Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek ortalamaları arasında hemşireler arasında anlamlı fark saptanmamış ancak diğer alt ölçek gruplarında anlamlı fark saptanmıştır. Genel puan ortalamalarında ise aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$) [139]. Tüm bu sonuçlar ışığında eğitimin hekim ve hemşirelerin konuya ilişkin bilgi ve farkındalıklarını oldukça etkilediğini söyleyebiliriz. Düzenlenecek mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası eğitim ve meslek hayatı sürecindeki hizmet içi eğitimlerin önemi de aşikârdır.

Hekimlerin ve hemşirelerin, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; hastalarını değerlendirirken Çİİ riskini göz önünde bulunduran ve bulundurmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak puan ortalamalarına bakıldığında hastalarını değerlendirirken Çİİ riskini göz önünde bulunduranların puan ortalamalarının, Çİİ'yi göz önünde bulundurmayanlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmaya katılan hekimlerin, mesleki hayatlarında Çİİ ile karşılaşma ve karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerde ise, istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 26). Hemşirelerin çocuk hastaları değerlendirirken, tedavi ve bakım sürecini uygularken, çocuk ve çocuğun ailesi ile daha çok bir arada bulunarak Çİİ'nin fiziksel ve davranışsal belirtilerini daha iyi fark edebildikleri düşünülmektedir. Ancak hemşirelerin Çİİ konusundaki bilgi düzeylerinin hekimlere oranla daha düşük olduğu ve bu nedenle de vakayı tanıma ve bildirme durumlarının da hekimlere göre düşük olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmaya katılan hekimlerin, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki; istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri, Çİİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve Çİİ'de ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamaları arasında ve hemşirelerin de genel ölçek puan ortalamaları ve tüm alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ($p>0.05$). Hekimlerin, çalıştıkları kurumlarda Çİİ ile ilgili talimat ve prosedür varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, genel ölçek puan ortalamaları ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). İhmal belirtileri alt ölçeğinde ($p=0.005$) ise hekim grupları arasında fark yüksek düzeyde anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0.01$). Hemşirelerin cevapları arasındaki fark ise, istatistiksel olarak anlam göstermemektedir (Tablo27). Ancak burada kurumlardan alınan bilgiler doğrultusunda, kurumda talimat/prosedür olma ve olmama durumlarıyla, katılımcıların evet ve hayır cevapları arasında uyumsuzluklar saptanmıştır. Bunun sonucunda da çalıştıkları kurumda talimat/prosedür varlığını bilmeyenlerin sayısının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Kurumların konuya ilişkin talimat ve prosedürleri oluşturmaları ve hizmet içi eğitimler ile çalışanları bu konuda bilgilendirmelerinin de, çalışanların bilgi düzeylerini arttıracığı düşünülmektedir.

Hekim ve hemşirelerin, çalıştıkları ilde ÇİM varlığı sorusuna verdikleri cevaba göre, İİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki genel ölçek puan ortalamaları ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında sadece hemşirelerin; ihmal belirtileri ve İİ'nin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 28). Ancak hekim ve hemşirelerin genel ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, buldukları ilde ÇİM olmasına rağmen “hayır yok” diyenlerin ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin bu birimin varlığından haberdar olmamaları oldukça zcdr.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verilerine göre, elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar ışığında yapılan öneriler aşağıda verilmiştir.

1. Katılımcıların çoğu kadın, hekimlerin çoğunluğu 27-35 yaş arasında, hemşireler ise her yaş grubunda eşit dağılımda, katılımcıların çoğunluğu evli ve evli olan hekimlerin %49.1'i, hemşirelerin %48.3'ü çocuk sahibidir. Hekimlerin yalnızca ikisi yandal uzmanlık mezunu ve meslekte çalışma süreleri en fazla (%47.2) 1-5 yıl arasındadır. Hemşirelerin çoğu lisans mezunu (%48.3) ve meslekte çalışma süreleri en fazla (%40) 1-5 yıl arasındadır.
2. Katılımcı hekimlerin çoğu (%79.3) genel pediatri servisinde, hemşirelerin ise çoğu (%38.9) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır.
3. Hekimlerin Çİİ'nin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puan ortalaması (3.92±0.32) hemşirelere (3.63±0.34) oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.001). Alt ölçeklerde de hekim ve hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
4. Hemşirelerde Çİİ'nin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları eğitim durumları arttıkça artış göstermektedir.
5. Katılımcıların çoğunluğu (hekim %56.6 ve hemşire %75) Çİİ konusunda eğitim almamıştır. Eğitim alanların çoğunluğu ise öğrenimleri sırasında Çİİ konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Çİİ konusunda eğitim alan katılımcıların Çİİ'nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları almayanlara oranla yüksektir (hekimlerde p=0.015, hemşirelerde p=0.009). Ayrıca hekim ve hemşirelerin çoğunluğu, Çİİ konusunda eğitim alma isteklerini dile getirmiştir.
6. Katılımcıların çoğunluğu (hekim %94.3 ve hemşire %84.4) çocuk vakaları değerlendirirken Çİİ'yi göz önünde bulundurmaktadır. Çİİ'yi göz önünde bulunduran katılımcıların Çİİ'nin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları Çİİ'yi göz önünde bulundurmayanlardan yüksektir.

7. Meslek hayatları süresince hekimler hemşirelere oranla daha çok Çİİ şüphesi yaşamış ($p<0.001$) ve son bir yıllık süreçte daha çok vaka ile karşılaşmıştır ($p=0.026$). Ancak Çİİ olgusu ile karşılaşsın ya da karşılaşmasın hekim ve hemşirelerin çoğunluğu yasal yükümlülüklerini bilmemektedir ve bildirim yapma konusundaki bilgi eksiklikleri de azımsanamayacak düzeydedir.
8. Katılımcı hekimlerin çoğu (%35.8) fiziksel istismarı, hemşirelerin çoğu (%35.6) ihmali toplumda en çok görülen Çİİ türü olarak tanımlamıştır. Hekim ve hemşirelerden en az cevap yüzdesini ise cinsel istismar türü almıştır.
9. Katılımcıların çoğu (hekim %98.1 ve hemşire %92.2), Çİİ vakalarının tanınması aşamasında çocuk ruh sağlığı uzmanının olması gerektiğini belirtmiştir.
10. Katılımcıların çoğunluğu (hekim %52.8 ve hemşire %63.9) kurumlarında Çİİ'ye dair talimat/prosedür varlığından haberdar değildir.
11. Hekimlerin çoğunluğu bulunduğu ilde ÇİM varlığından haberdar iken, hemşirelerin çoğunluğu bu konuda bilgiye sahip değildir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$).
12. Çocuk sahibi hekim ve hemşirelerin kendi çocuklarına istismar uygulama oranları oldukça düşüktür. Ancak çocuklarını ihmal edenlerin oranı ise hekimlerde %46.2 hemşirelerde %46'dır.

Bu sonuçlar ışığında;

- Hekim ve hemşirelerin Çİİ konusunda bilgi ve farkındalıklarını artırmak için, eğitim müfredatlarında ve meslek hayatlarındaki hizmet içi eğitim programlarında Çİİ konusunun daha geniş yer alması,
- Hekim ve hemşirelerin Çİİ vakaları ile karşılaştıklarında çocuğun haklarının savunucusu olmaları hususunda yasal yükümlülükleri hakkında bilgilendirilmeleri,
- Kurumların konuya ilişkin talimat ve prosedürlerini eksiksiz oluşturmaları ve düzenlenecek eğitimlerle çalışanları bu konuda bilgilendirmeleri,
- Düzenlenecek seminer ve kurum ziyaretleri ile sağlık çalışanlarının ÇİM varlığı ve bu birimlerden nasıl destek alınabileceği konusunda bilgilendirilmesi,
- Medya ve internet ortamlarında Çİİ konusuna ve bu konu ile mücadeleye sıkça yer verilerek toplumun bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Törüner EK, Büyükgönenç L (2013). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık, Amasya; 1-30.
2. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B (2013). Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara; 1-45.
3. Dağlı T, İnancı MA (2010). Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı. Birinci Baskı. Fersa Ofset Matbaacılık, Ankara; 26-82.
4. Beyazıt U (2015). Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye’de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Hacettepe University Faculty Of Health Sciences Journal Vol 1. No Suppl 1. [Epub ahead of print].
5. Gorey KM (1997). The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse & Neglect, 21 (4); 391-398.
6. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M (2003). The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse An Overview and a Call to Action. Journal of General Internal Medicine 18(10): 864–870. PMID: PMC1494926 doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20918.x.
7. World Health Organization (2014). Global Status Report On Violence Prevention. WHO Press, Geneva, 7-79. [online]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/. [Accessed 6 January 2016].
8. Bülbül S, Özçalık A, Özdoğan S (2012). Bir Olgu Nedeniyle Adli Tıbbi Uygulamalarda Gecikmenin Hekimlere Getirdiği Hukuki Sorunların İrdelenmesi. KÜ Tıp Fak Dergisi 14(2):49-52.
9. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS (2004). Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 47(2): 140-151.
10. Türk Dil Kurumu. [online]. Available from: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567ac8b2e7f849.12938637. [Accessed 23 December 2015].
11. World Health Organization (2008). European Report On Child Injury Prevention. WHO Press, Geneva, 1-5. [Online]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf. [Accessed 22 December 2015].
12. UNİCEF. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. [online]. Available from: http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html. [Accessed 23 December 2015].
13. Çocuk Koruma Kanunu (2005). T.C. Resmi Gazete, 25876, 15 Temmuz 2005.
14. Türk Ceza Kanunu (2004). T.C. Resmi Gazete, 25611, 12Ekim 2004.
15. Can M, Tırtıl M, Dokgöz H (2011). Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2. Baskı 181-192.
16. Browne KD (1997). The Prediction Of Child Maltreatment In Greek Families. Child Abuse & Neglect Vol. 21 No. 9:721-735.

17. World Health Organization (2002). World Report On Violence And Health. WHO Press, Geneva, 57-87 [online]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf [Accessed 22 December 2015].
18. Çavuşoğlu H (2002). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı. Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Ankara;1-22.
19. Uysal A (1998). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
20. Kocaer Ü (2006). Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.
21. Labbe J (2005). Ambroise Tardieu: The man his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abuse & Neglect 29:311-324.
22. Yörükoğlu A (1984). Toplumda Aile ve Çocuk. 3. Basım. Aydın Kitabevi, Ankara.
23. Roche AJ, Fortin G, Labbe J, Brown J, Chadwick D (2005). The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. Child Abuse & Neglect 29:325-334.
24. Caffey JMD (2011). Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma (reprint of the original work). Clinical Orthopaedics and Related Research Volume 469, Number 3:755-758. DOI 10.1007/s11999-010-1666-0.
25. Akyüz E (2011). Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi 1. Çocuk Hakları Kongresi Yetişkin Bildirileri Kitabı. Cilt 2. Çocuk Vakfı Yayınları, İstanbul; 17-43.
26. Sarıkaya M (2007). Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Bir Sosyal Hizmet Kurumu: Türkiye Himaye-i Etfal Cemiyeti. A.Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi. Sayı 34:321-338.
27. Aral N, Gürsoy F (2001). Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı. Milli Eğitim Dergisi. Sayı:151 [online]. Available from: http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi_/151/aran_gursoy.htm [Accessed 22 December 2015].
28. The United Nations Today. Birleşmiş Milletler Teşkilatı [online]. Available from: <http://www.unicankara.org.tr/today/1.html#1b> [Accessed 24 December 2015].
29. TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu İnsan Hakları Evrensel Beyannameyi 203-208 [online]. Available from: <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1--Insan-Haklari-Evrensel-Beyannameyi.pdf> [Accessed 30 December 2015].
30. Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı, Kanunlar Genel Müdürlüğü, UNICEF (2009). Çocuk Koruma Kanunu'nun 4 Yıllık Değerlendirme Toplantısı Toplantı Raporu, Afyon; 5-7.
31. Birleşmiş Milletlerin Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi ile Türk Hukuk Mevzuatı Karşılaştırmalı Analizi Yönetici Özeti [online]. Available from: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/yoneticiozeti.pdf> [Accessed 22 December 2015].
32. TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme 137-160 [online]. Available from: <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/20512--Cocuk-Haklarina-Dair-Sozlesme.pdf> [Accessed 14 April 2016].

33. Uluslar Arası Çocuk Merkezi (2012). Etkinlik Raporu. Ankara
34. Turla A (2002). Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım. O.M.Ü Tıp Dergisi 19(4):291-300.
35. Petersen AC, Joseph J, Feit M (2014). Describing the Problem. New Directions In Child Abuse And Neglect Research. The National Academies Press, Washington, 31-69.
36. Akyüz E (2013). Çocuk Hukuku. 3. Baskı. Pegem Akademi, Ankara, 476-487.
37. Boglut A (2015). Child Abuse. Research Journal of Agricultural Science, 47 (1): 18-24.
38. U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect (1995). A Nation's Shame: Fatal Child Abuse And Neglect In The United States. A Report of the U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. Fifth Report. Washington, 7-33.
39. Kempe RS, Kempe CH (1997). Child Abuse. The Developing Child. 13. Baskı (ilk baskı 1978) Harvard University Press Cambridge, Massachusetts, 3-20.
40. UNİCEF (2007). Çocuklara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması. SADAG S.A, Fransa, 7-42.
41. Benatar D (1998). Corporal Punishment. Social Theory and Practice Vol.24(2); 237-260.
42. Straus MA, Stewart JH (1999). Corporal punishment by American parents: National data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. Clinical Child and Family. Psychology Review Volume 2(2) June, 55-70. doi: 10.1023/A:1021891529770.
43. Bilgin A (2008). Aile İçi Bedensel Cezaya İlişkin Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 41(31), 29-50.
44. UNİCEF (2016). Riskler Ve Çocuk Koruma [online]. Available from: <http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=22> [Accessed 26 August 2016].
45. Anderson KA, Anderson DE (1976). Psychologists And Spanking. Journal Of Clinical Child Psychology Fall 1976: 46-50.
46. American Academy Of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1998). Guidance for Effective Discipline. Pediatrics 101[4]: 723-728.
47. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2014). Türkiye Aile Yapısı Araştırması Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler. Araştırma ve Sosyal Politika Serisi. Birinci Basım. Çizge Tanıtım ve Kırtasiye Ltd. Şti. İstanbul; 214-228.
48. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1985). The Battered Child Syndrome. Child Abuse & Neglect Vol. 9:143-154.
49. Custel JW, Rau RE (2010). Harriet Line El Kitabı. 18 th ed. Çeviri ed: Bereket G, Akçay T, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul, 101-128.
50. Faller KC, Bowden ML, Jones CO, Hildebrandt HM (1981). Social work with Abused and neglected children: A manual of interdisciplinary practice (Ed: Faller KC). London, 11-32.
51. Pelendecioğlu B, Bulut S (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi 9(1): 49-62.

52. Stotts AK (2008). Çocuk İstismarının Ortopedik Yönleri. *Current Opinion In Orthopaedics*, Türkçe Baskı Cilt 3 Sayı 1:1-6.
53. Butler GL (1995). Shaken Baby Syndrome. *Journal of Psychosocial Nursing* Vol.33(9):47-50.
54. Christian CW, Block R (2009). Abusive Head Trauma in Infants and Children. *American Academy of Pediatrics* 123(5): 1409-1411. doi:10.1542/peds.2009-0408.
55. Guthkelch AN (1971). Infantile Subdural Hematoma and its Relationship to Whiplash Injuries. *British Medical Journal* 2:430-431.
56. American Academy Of Pediatrics Committee On Child Abuse And Neglect (2001). Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries Technical Report. *Pediatrics* Vol. 108(1):206-210.
57. Carbaugh SF (2004). Understanding Shaken Baby Syndrome. *Advances in Neonatal Care*, 4(2): 105-116. doi:10.1016/j.adnc.2004.01.004.
58. Rimsza ME, Schackner R, Bowen KA, Marshall W (2002). Can Child Deaths Be Prevented? The Arizona Child Fatality Review Program Experience. *Pediatrics* Vol. 110(1):1-7.
59. Şahin F, Taşar MA (2012). Sarsılmış Bebek Sendromu ve Önleme Programları. *Türk Pediatri Arşivi* 47:152-158. doi: 10.4274/tpa.847.
60. Koç F, Akşit S, Turhan T, Erşahin Y, Tomba A, Halicioğlu O, Aslan A, Koturoğlu G, Aydın C, Çetin S, Şenol E, Çelik A, Kara S (2012). Shaken Baby Syndrome: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(6):1781-1785. doi: 10.5336/medsci.2011-25176.
61. Meadow R (1989). ABC of Child Abuse: Munchausen Syndrome by Proxy. *BMJ* Vol. 299:248-250.
62. Murray JB (1997). Munchausen Syndrome / Munchausen Syndrome by Proxy. *The Journal of Psychology* 131(3): 343-352.
63. Guandola VL (1985). Munchausen Syndrome by Proxy: An Outpatient Challenge. *Pediatrics* Vol 75(3):526-530.
64. Hettler J (2002) CME Review Article: Munchausen Syndrome by Proxy. *Pediatric Emergency Care* 18(5): 371-374. doi: 10.1097/01.pec.0000033984.05811.2.
65. Libow JA, Schreier HA (1986). Three Forms of Factitious Illness in Children: When is it Munchausen Syndrome by Proxy? *American Orthopsychiatric Journal* 56(4):602-611.
66. Uytun S, Uytun MÇ, Torun YA, Ergül AB, Açoğlu EA (2015). Munchausen by Proxy Sendromu: Olgu Sunumu. *Güncel Pediatri* 13:60-62. doi: 10.4274/jcp.24633.
67. İnce T, Yurdakök K (2014). Munchausen by Proxy Sendromu: Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 3:165-170. doi: 10.12956/tjpd.2014.78.
68. Polat O (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1-Tanımlar. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
69. Özmert EN (2006). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 49: 256-273.
70. Kairys S, Johnson CF (2002). The Psychological Maltreatment Of Children Technical Report. *Pediatrics* Vol. 109(4):1-3.

71. Johnson CF (2004). Child Sexual Abuse. *The Lancet* Vol 364:462-470.
72. Righthand S, Kerr B, Drach K (2011). *Child Maltreatment Risk Assessment: An Evaluation Guide*. Routledge Taylor & Francis Group, New York; 7-17.
73. İnci Y (2010). Çocukların Cinsel Suistimali ve İstismarının Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Boyutları. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Ankara.
74. Yiğit R (2004). Çocukların Cinsel İstismarı ve Ensest. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 8(3): 90-100.
75. Andrews SJ, Lamb ME, Lyon TD (2015). The Effects of Question Repetition on Responses When Prosecutors and Defense Attorneys Question Children Alleging Sexual Abuse in Court. *Law and Human Behavior*, Vol. 39(6):559-570. PMID: 26237333. doi: 10.1037/lhb0000152.
76. Duffy C, Keenan M, Dillenburger K (2006). Diagnosing Child Sex Abuse: A research challenge. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* Volume 2, No. 2:150-173.
77. Çeçen AR (2007). Çocuk Cinsel İstismarı: Sıklığı, Etkileri ve Okul Temelli Önleme Yolları. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi* Cilt 4(1):1-17.
78. Ünal F (2008). Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 12(1): 9-18.
79. Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *British Journal of Psychiatry* 179: 482-494.
80. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S (2007). Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2(4):13-22.
81. İMDAT, ASUMA (2016). Çocuk İstismarına Yönelik Rapor. İstanbul.
82. Polat O (2002). Aile İçi Cinsel İstismar: Ensest. [online]. Available from: <http://www.kriminoloji.com/ensest.htm> [Accessed 29 August 2016].
83. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect* 30: 247-255. PMID: 16519939. doi:10.1016/j.chiabu.2005.10.012
84. Erdoğan A (2010). Pedofili: Klinik Özellikleri, Nedenleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2(2):132-160. [online]. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076399/5000070456> [Accessed 03 February 2016].
85. UNICEF (2002). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Uygulama El Kitabı. Cenevre. UNİCEF
86. Tunçsan N (2000). Çocuk İşçiliği: Nedenleri, Boyutları ve Küreselleşen Dünyadaki Konumu. *Sosyal Siyaset Konferansları Derneği*. 43(44):243-259.
87. TÜİK (2012). Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları. [online]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659> [Accessed 08 February 2016].
88. Alacahan O (2010). Çocuğunu Sokakta Çalıştıran Ailelerin Sosyo-Ekonomik Profili, Tutum ve Beklentileri. *Sosyal Siyaset Konferansları* 59(2): 133-147.

89. UNİCEF (2015). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Available from: http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23e.html [Accessed 29 December 2015].
90. Türk Medeni Kanunu (2001). T.C. Resmi Gazete, 24607, 08 Aralık 2001.
91. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, UNİCEF (2010). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 32-36.
92. Şahin F(2002). Çocuk İhmali: Tanı ve Tedavide Hekimler İçin İpuçları. Klinik Pediatri 1(3):103-106.
93. Dubowitz H (2000). What is Child Neglect. Handbook for Child Protection Practice. London, 10-14.
94. Pennsylvania Medical Society (2014). Signs and Symptoms of Child Abuse. PAMED Practice of Medicine Series pg:1-5
95. Tudoran D, Boglut A (2015). Child Neglect. Research Journal of Agricultural Science, 47(1):224-233.
96. Genç Hayat Vakfı, Geleceğimizin Çocukları Vakfı, Uluslararası Çocuk Merkezi (2012). Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması. Genç Hayat Yayınları. İstanbul.
97. Yalçın N (2011). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Projesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul.
98. Akçay Ş (2008). İstanbul Üniversitesine Bağlı Tıp Fakültelerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalları İle Travma ve Acil Cerrahi Birimlerinde Görev Yapan Son Dönem Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi, Deneyim ve Davranışlarını Belirleme Araştırması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. İstanbul.
99. DePanfilis D (2006). Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. Child.Welfare.Information.Gateway. Washington; 9-21.
100. Yağbasan M, Kurtbaş İ (2015). Şiddet ve Tüketim Kısılcında Çocukluk, Televizyon Üzerine Ampirik Bir Çalışma. Ardahan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2: 15-31.
101. UNİCEF (2013). Çocuğa Karşı Şiddeti İzleme Göstergeleri Kılavuzu. Ankara, UNİCEF.
102. TBMM (2012). Bilgi Toplumu Olma Yolunda Bilişim Sektöründeki Gelişmeler ile İnternet Kullanımının Başta Çocuklar, Gençler ve Aile Yapısı Üzerinde Olmak Üzere Sosyal Etkilerinin Araştırılması Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Dönem: 24, Yasama Yılı: 2, S. Sayısı:381.
103. Choo KR (2009). Online child grooming: literature review on the misuse of social networking sites for grooming children for sexual offences. Australian Institute of Criminology. AIC Reports Research and Public Policy Series103
104. Bennett N, O’Donohue (2014). The Construct of Grooming in Child Sexual Abuse: Conceptual and Measurement Issues Journal of Child Sexual Abuse, 23: 957-976. doi: 10.1080/10538712.2014.960632
105. Gupta A, Kumaraguru P, Sureka A (2012). Characterizing Pedophile Conversations on the Internet using Online Grooming. Cornell University Library. arXiv:1208.4324

106. Whittle HC, Hamilton C, Beech A (2013). Victims' Voices: The Impact of Online Grooming and Sexual Abuse Universal Journal of Psychology 1(2): 59-71. doi:10.13189/ujp.2013.010206
107. Child Exploitation and Online Protection Centre (2013). Threat Assessment of Child Sexual Exploitation and Abuse. London, CEOP.
108. Kelleci M (2008). İnternet, Cep Telefonu, Bilgisayar Oyunlarının Çocuk ve Gençlerin Ruh Sağlığına Etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin 7(3): 253-256.
109. Bahar G, Savaş HA, Bahar A (2009). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi Cilt:4(12)
110. WHO, ISPCAN (2006). Preventing Child Maltreatment: A Guide To Taking Action and Generating Evidence. Geneva, WHO.
111. Dallar Y, Tıraş Ü, Yalaki Z, Özkan İ (2010). Yenidoğan Döneminde Çocuk İstismarı Olgusu. Güncel Pediatri 8: 81-85.
112. Albarracin D, Repetto J.M, Albaraccin M (1997). Social support in child abuse and neglect: support functions, sources and contexts. Child Abuse & Neglect Vol.21(7): 607-615.
113. Pinherio PS (2006). World Report on Violence Against Children. ATAR Roto Presse, Geneva; 3-26.
114. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi 24(3):128-134.
115. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. Psychological Bulletin Vol 128(2): 330-366. doi: 10.1037//0033-2909.128.2.330.
116. Radhakrishna A, Saada IEB, Hunter WM, Catellier DJ, Kotch JB (2001). Are Father Surrogates a Risk Factor for Child Maltreatment? Child Maltreatment. Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children Vol. 6(4): 281-290.
117. Vahip I (2002). Evdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı Bir Açıdan Bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 13(4):312-319.
118. Paz I, Jones D, Byrne G (2005). Çocuğa kötü muamele, çocuğun korunması ve ruh sağlığı. Current Opinion in Psychiatry. Türkçe Baskı Cilt 1(3): 169-184.
119. Tezer M, Öztürk İ, Kabukçuoğlu YS, Arıncal M, Kuzgun Ü (1998). Hırpalanmış çocuk sendromu. Acta Ortop Traumatol Turc 32: 358-362.
120. Unicef (2011). Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu. 82-93.
121. Çocuk hakları sözleşmesi (1995). Resmi Gazete, 22184, 27 Ocak 1995
122. Topbaş M (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 3(4): 76-80.
123. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. Sted 15(9):153-157.

124. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 22(4):591-614.
125. Dağlı T, İnancı MA (2011). İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. *Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı. Birinci Baskı. Fersa Ofset Matbaacılık, Ankara; 180-201.*
126. Erükçü G, Öz M (2012). Çocuğun Cinsel İstismarı ve Kurumsal Yapılanmalar. *Uluslararası Katılımlı Çocuk İhtiyaçları Sempozyumu, Ankara, 18-19 Mayıs 2012, 554-564.*
127. Aydemir İ, Yurtkulu F (2012). Çocuğa Yönelik Cinsel İstismarla Mücadelede: Çocuk İzlem Merkezi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(2): 151-165.
128. Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu (2015). *Çocuk İzlem Merkezleri Türkiye Raporu. Trabzon Barosu, Trabzon.*
129. Bağ Ö, Alşen S (2016). Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: Çocuk İzlem Merkezleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 6(1):9-14. doi:10.5222/buchd.2016.009.
130. Burç A, Tüfekçi FG (2015). Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt 6(3): 144-150.*
131. Dallar Bilge Y, Taşar MA, Kılınçoğlu B, Özmen S, Tıraş Ü (2013). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14: 27-35. doi: 10.5455/apd.35949.
132. Yaşar ZF, Akduman G (2007). Çocuk İhmali-İstismarı ve Adli Diş Hekimliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(5): 389-394.
133. Beyaztaş FY, Özen B, Bütün C (2014). Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi. *Medicine Science* 3(2): 1315-1331. doi: 10.5455/medscience.2014.03.8128.
134. Newberger EH, Hyde JN, Holter JC, Rosenfeld A (1987). *Child Abuse and Child Neglect. Primary Pediatric Care (Ed: Hoekelman RA) St. Louis 629-638.*
135. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ (2009). *Child Abuse and Neglect. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 9:33-9. doi:10.1016/j.cppeds.2008.11.001.
136. Koca M (2012). Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt:3(1): 113-127.*
137. Tıraşçı Y, Gören S (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi Cilt 34(1): 70-74.*
138. Kaya N, Turan N, Öztürk A (2011). Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 8(1): 16-30.
139. Yılmaz B (2015). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
140. Külcü DP, Karataş H (2016). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 32(1):18-58

141. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi 49:57-65. doi:10.5152/tpa.2014.984.
142. Haliloğlu Göregen Z (2010). Sağlık Çalışanlarının Çocuklarını İstismar Ve İhmal Etme Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
143. Metinyurt HA, Sarı HY (2016). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet Dergisi 1(1):101-121.



ÖZGEÇMİŞ

Mayıs 1980 Trabzon doğumlu olan Dilek Kaptan; ilk, orta ve lise öğrenimini burada tamamlamış, 2003 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur.

2004 yılında KTÜ Farabi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşirelik mesleğine başlamıştır ve 2010 yılından itibaren de aynı ünitenin sorumlu hemşireliğini sürdürmektedir.

Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği Kurucu Üyesi ve şuan Dernek Başkan Yardımcılığı görevini sürdürmektedir. Ayrıca Neonatoloji Hemşireliği Derneği üyesidir.

2010 yılından itibaren aktif olarak Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP) eğitimciliği yapmaktadır. Ayrıca Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kursları'nda da eğitimci olarak görev yapmaktadır.

EKLER

EK-1. KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Onay Belgesi

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 511
Konu: Onay Belgesi

Tarih:15/09/2015

Sayın; Y.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN
Prof.Dr. Yavuz ÖZORAN
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.

“Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri” başlıklı etik kurul 2015/97 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKÖL/PLAN KODU	2015/97		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç.Dr.İlnur KAHRİMAN-Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Bilimleri		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Dilek KAPTAN		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLU/PLANI		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 6	Tarih: 07/09/2015
	Y.Doç.Dr.İlknur KAHRİMAN ve Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Dilek KAPTAN'a ait "Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalî Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri" başlıklı 2015/97 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK- 2. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Kurum İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
04/06/2015 13:05 - 48814514.200.E.3723
00536233

Sayı : 48814514-200-
Konu: Tez Çalışması

04/06/2015

Sayın Dilek KAPTAN
Hemşire

İlgi: 22.05.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde konu edilen “*Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri*” başlıklı yüksek lisans teziniz için hastanemiz Pediatrik Cerrahi ve Pediatri kliniklerinde çalışma yapmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Ferhat TANRIVERDİ
Başmüdür



EK-3. Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 23618724

Konu: Anket Çalışması

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

DN.944/12132

0152 0000012132 12.06.2015

Dilek KAPTAN
KTÜ Farabi Hastanesi YYBÜ Sorumlu Hemşiresi

İlgi: 11.06.2015 tarih 9436 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçenizde "Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri" başlıklı Yüksek Lisans tezi kapsamında kurumumuzda pediatri kliniklerinde görev yapan hekim ve hemşireler ile "Anket Çalışması" yapma talebiniz Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Opr.Dr.M.Feryal DİLEK KAPTAN
Hastane Yönetici V.

EK-4. Özel İmperial Hastanesi Kurum İzni



Sayı: 44
Konu: Yüksek Lisans Tezi.


15.06.2015

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
TRABZON

İlgi; 09.06.2015 Tarih ve B.30.2.AVÜ.041.00.300/76 sayılı yazınız

İlgi yazınız gereği; Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli, Yüksek Lisans Programı 13111030009 numaralı öğrenciniz Dilek KAPTAN'ın "Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri" konulu çalışmasını kurumumuzda yapması yönündeki talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica olunur.


Opr.Dr. Omer Fatih ÇELİK
Özel İmperial Hastanesi Başhekimisi
(Mesul Müdür)

EK-5. Medical Park Karadeniz Hastanesi Kurum İzni

MEDICALPARK

444 44 84
medicalpark.com.tr

16/06/2015

MEDICALPARK KARADENİZ
HASTANESİ

SAYI : 2015/ 1092

KONU: Yüksek Lisans Tezi

T.C

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRLÜĞÜ

İLGİ : 09/06/2015 tarih, B.30.2.AVÜ.041.00.300/77 sayılı yazınız,

İlgi yazınız gereğince Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Lisans Programı 1311103009 numaralı öğrencisi Dilek KAPTAN'ın Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk istismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri " adlı çalışması hastanemiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Gürbüz YULUĞ

Mesül Müdür

EK-6. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma; pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi, farkındalık, deneyim ve tutumlarını belirlemek, konu ile ilgili gereksinimlere yönelik çözüm önerileri geliştirmek ve ihtiyaç duyulan konularda eğitim çalışmalarının düzenlenmesine katkı sağlamak amacı ile yapılacak bir anket çalışmasıdır.

Anketin birinci kısmı olan **Tanıtıcı Bilgi Formu**; hekim ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (görev, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi), mesleki deneyim, çalışılan birim, istismar ve ihmalle karşılaşma durumu, yasal süreç hakkındaki bilgi durumu, konuyla ilgili eğitim alma durumu, kurum içi uygulamalar ve konuya ilişkin görüşlerine ait sorulardan oluşmaktadır.

İkinci kısım ise **Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formundan** oluşmaktadır.

Hiçbir şekilde kimliğiniz ortaya çıkmayacak ve gizli kalacaktır. Anket sorularını gönüllü olarak uygulamak size bağlıdır. Bu çalışmayı reddedebilir, istediğiniz anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

Katıldığınız ve çocuk sağlığına katkı sağladığımız için şimdiden teşekkür ederim.

İletişim:

Dilek KAPTAN

KTÜ Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TLF:

ONAM FORMU

“Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri” başlıklı çalışma bana yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım. Bu araştırma sırasında, bana ait bilgilerin gizliliğine özen ve saygıyla yaklaşılacağına inanıyorum. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adres:

TLF:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı Soyadı:

Adres:

TLF:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-7. Tanıtıcı Bilgi Formu

ANKET BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, Trabzon il merkezindeki pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Ankette kimlik bilgileriyle ilgili sorular bulunmamaktadır. Bu ankete katılmanızda herhangi bir zorunluluk yoktur. Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire Dilek KAPTAN

TANITICI BİLGİ FORMU

- 1) Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
- 2) Yaşınız:.....(yıl)
- 3) Medeni durumunuz
 - a) Evli
 - b) Bekâr
- 4) Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 5) Mesleğiniz nedir?
 - a) Hekim
 - b) Hemşire
- 6) Mezun olduğunuz okul;
 - a) Lise / Önlisans
 - b) Lisans
 - c) Yüksek Lisans
 - d) Tıp Fakültesi / Uzmanlık
 - e) Diğer
- 7) Çalıştığınız kurum
- 8) Çalıştığınız bölüm
- 9) Mesleğinizdeki çalışma süreniz:.....(yıl)
- 10) Çocuğunuz var ise kendi çocuğunuza istismar uyguladığınızı düşündüğünüz oldu mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 11) Çocuğunuz var ise kendi çocuğunuzu ihmal ediyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır

- 12) Daha önce çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 13) Cevabınız evet ise bu eğitimi ne zaman aldınız?
a) Öğrenim sırasında
b) Mezuniyet sonrası
c) Hem öğrenim sırasında hem de sonrasında
- 14) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak ister misiniz?
a) Evet b) Hayır
- 15) Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismarı ve ihmali de göz önünde bulundurmusunuz?
a) Evet b) Hayır
- 16) Meslek hayatınızda çocuk istismarı ve ihmali şüphelendiğiniz oldu mu?
a) Evet b) Hayır
- 17) Cevabınız evet ise son bir yıldaki karşılaştığınız vaka sayısı nedir?
- 18) Cevabınız evet ise çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yaptınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 19) Cevabınız evet nasıl bildirim yaptınız?
.....
- 20) Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile daha önce karşılaşmadıysanız, karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?
a) Evet b) Hayır
- 21) Cevabınız evet ise nasıl bir bildirim yaparsınız?
.....
- 22) Cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?
a) Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için (yanlış tanı?)
b) Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için
c) Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için
d) Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için
e) Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için
f) Diğer.....
- 23) Size göre toplumda en sık karşılaşılan istismar türü hangisidir?
a) İhmal
b) Fiziksel istismar
c) Duygusal istismar
d) Cinsel istismar
- 24) Çocuk istismar ve ihmal vakalarının tanı aşamasında aşağıdaki branşlardan hangisi ya da hangilerinin mutlaka olması gerekmektedir? (birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz)
a) Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı

- b) Adli tıp uzmanı
- c) Çocuk ruh sağlığı uzmanı
- d) Erişkin psikiyatrist
- e) Sosyal hizmetler uzmanı
- f) Çocuk cerrahı
- g) Ortopedist
- h) Kadın doğum uzmanı
- i) Beyin cerrahı
- j) Çocuk hemşiresi
- k) Diğer

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

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

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

- a) Evet.....
- b) Hayır

27) Çalıştığınız şehirde Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

EK-8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu						
Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğu işaretleyiniz.						
		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3	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 kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.					
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını					

	ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
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 ihmaliinde önemi yoktur.					
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.					
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					

53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkendir.					
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.					
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.					
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkendir.					
66	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

EK-9. Ölçek Kullanım İzni

20 Eylül 2016

Sayın Dilek KAPTAN
(Karadeniz Teknik Üniversitesi)

Planlamış olduğunuz araştırmanızda geliştirmiş olduğum “Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik ölçek”i kullanma isteğiniz beni çok memnun etti. Öncelikle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ölçeğin ülkemizde farklı örneklem gruplarında, daha geniş popülasyonda test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak, geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz, yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederim.

Doç.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı