

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN  
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI  
VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI

Cihan CİRİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. Rana YİĞİT

MERSİN- 2015

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN  
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI  
VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI

Cihan CİRİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. Rana YİĞİT

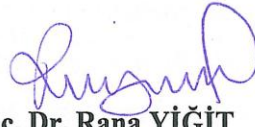
Tez No: 279

MERSİN- 2015

**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde **Doç. Dr. Rana YİĞİT** danışmanlığında **Cihan CİRİT** tarafından hazırlanmış olan "**Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları**" başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 16/06/2015



**Doç. Dr. Rana YİĞİT**

Mersin Üniversitesi

Jüri Başkanı



**Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN**

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi



**Doç. Dr. Mualla YILMAZ**

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 01/07/2015 tarih ve 2015/195 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca örnek aldığım ve desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Rana YİĞİT'e,  
Çalışmamızda kendi geliştirdiği ölçek formunu kullanmamıza izin veren Doç. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN'a,  
Tüm iş yoğunluğuna rağmen çalışmamıza katılan ve sabırla sorularımızı yanıtlayan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerine,  
Desteğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen eşim Abdullah CİRİT'e,  
Hayatımın her aşamasında beni koruyup kollayan bana sabrı ve güçlülüğü ile örnek olan değerli annem Azize MURATOĞLU'na ve varlığı ile hayatıma anlam kazandıran biricik oğlum Ali Sabri CİRİT'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ÖZET .....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Tarihsel Süreçte Çocuk.....	5
2.2. Çocuk İstismarı ve ihmalinin tanımı ve kapsamı .....	6
2.2.1. Fiziksel İstismar .....	7
2.2.2. Cinsel İstismar .....	11
2.2.3. Duygusal İstismar .....	15
2.2.4. Ekonomik İstismar .....	17
2.2.5. İhmal .....	19
2.3. Çocuk istismarı ve ihmaliinde rol oynayan etmenler .....	21
2.3.1. Çocukla İlgili Risk Faktörleri .....	21
2.3.2. Aile İlgili Risk Faktörleri.....	22
2.3.3. Toplumla İlgili Risk Faktörleri .....	23
2. 4.Çocuk istismarı ve İhmalinin önlenmesi .....	24
2.4.1. Primer Önleme .....	24
2.4.2. Sekonder Önleme.....	25
2.4.3. Tersiyer Önleme .....	25
2.5. Çocuk Hakları .....	27
2.5.1. Tanım ve Tarihçe .....	27
2.5.2. Türkiye’de Çocuk Haklarının Gelişimi .....	29
2.5.3. Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler .....	30
2.5.3.1 Çocuk Hakları ile İlgili Uluslararası Bildirgeler.....	30

2.5.3.1.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi .....	30
2.5.3.1.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi .....	30
2.5.3.1.3. Çocuk Hakları Bildirgesi .....	31
2.5.3.2. Çocuk Hakları ile İlgili Uluslararası Sözleşmeler .....	32
2.5.3.2.1.Çocuk Hakları Sözleşmesi .....	32
2.5.3.2.2. Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi .....	36
2.5.3.2.3. Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi .....	36
2.6. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali .....	37
2.6.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında Çocuk İstismarı ve İhmali.....	37
2.6.2. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali .....	38
2.6.2.1. Türk Medeni Kanunu .....	39
2.6.2.2. Ceza Muhakemesi Kanunu .....	40
2.6.2.3. Türk Ceza Kanunu .....	41
2.7. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları .....	43
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü .....	46
2.9. Araştırmanın Amacı.....	47
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	48
3.1. Araştırmanın Türü.....	48
3.2. Araştırmanın Evreni .....	48
3.3. Araştırmanın Örneklemi .....	48
3.4. Verilerin Toplanması .....	48
3.5. Tanıtıcı Bilgi Formu .....	48
3.6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu .....	49
3.7 Çalışmanın Etik Yönü.....	49
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi .....	50
3.8.1 Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi .....	50
3.8.2 Anket formunun değerlendirilmesi .....	50
4. BULGULAR.....	51
5.TARTIŞMA .....	83

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	101
KAYNAKLAR .....	103
EKLER.....	119
EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU .....	119
EK-2. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU.....	122
VALİLİK İZİN YAZISI.....	130
ETİK KURUL KARARI .....	132
İZİN YAZISI .....	136
ÖZGEÇMİŞ.....	137



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4. 1. Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Dağılımı





## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1.1. Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özellikleri

Çizelge 4.1.2. Sağlık Profesyonellerinin Çalışma Süreleri

Çizelge 4.2.1. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline İle İlgili Bilgi Alma Durumları

Çizelge 4.2.2. Sağlık Profesyonellerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarının Tanılanmasında Yer Alan Branşlar

Çizelge 4.3.1. Sağlık Profesyonellerinin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali İle Karşılaşma Durumları

Çizelge 4.3.2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali şüphesi ile Karşılaştığında Bildirimde Bulunma ya da Bulunmama Durumları

Çizelge 4.4.1. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamalarına Yönelik Ölçek Puan Formundan Aldıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 4.4.2. Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Kişisel Özellikleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.3. Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Süreleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.4. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Kişisel Özellikleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.5. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Süreleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.6. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Kişisel Özellikleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.7. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Süreleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.8. Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi Alma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.9. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi Alma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.10. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi Alma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.11. Doktorların İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.12. Hemşirelerin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.4.13. Ebelerin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADNKS:	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
CMK:	Ceza Muhakemesi Kanunu
ÇİM:	Çocuk İzlem Merkezi
ÇOĞEM:	Çocuk ve Gençlik Merkezi
ILO:	Uluslararası Çalışma Örgütü
IPEC:	Uluslararası Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Programı
SIMPOC:	Çocuk İşçiliği İstatistik Bilgi ve İzleme Programı
TCK:	Türk Ceza Kanunu
TMK:	Türk Medeni Kanunu
WFC:	Çocuk İşçiliğinin en kötü biçimleri

## ÖZET

### Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları

Bu çalışmada çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili olarak Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan sağlık profesyonellerinin farkındalıklarını belirlemek amaçlanmıştır.

Mersin ilinde seçilmiş 4 bölgede ASM'de çalışan 45 doktor, 30 hemşire ve 44 ebe olmak üzere 119 sağlık profesyoneli çalışmaya alınmıştır. Araştırma verileri 21 sorudan oluşan "Tanıtıcı Bilgi Formu", hemşire, ebe ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini saptamaya yönelik Uysal tarafından (1998) geliştirilen 67 sorudan oluşan Likert tipi "Çocuk istismarı ve ihmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu" kullanılarak elde edilmiştir. Bu ölçek %95 güvenilirlik,  $\pm 3$  standart sapma ve %3 hata marjiniyle uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan doktorların %76'sı, hemşirelerinin %57'si ve ebelerin %52'si öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmada sağlık profesyonellerinin %60'nın çocuk istismarı ve ihmal olgusu ya da şüphesi karşılaştıkları ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmal ile karşılaşma oranının anlamlı derecede diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuk istismarı ve ihmal olgu ya da şüphesi ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin %78'nin öykü almada, %35'nin fizik muayenede, %58'nin kayıt tutmada, %70'nin ilgili kurumlara rapor etmede zorlandıkları bulunmuştur.

Çalışmaya alınan sağlık profesyonellerinin %18'i çocuk istismarı şüphesi ya da olgusu ile karşılaştığında bildirim yapmayacağını belirtmiştir.

Tüm meslek gruplarında İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması diğer ölçek puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

**Aile Sağlığı Merkezlerinde alışan Sağlık profesyonelleri için ocuk istismarı ve ihmali vaklarının tanılanması ve sonrasında bildirimini için daha etkili, sistematik talimat ve prosedürlerin geliştirilmesi, ocuk istismarı ve ihmali eğitimlerinin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası devamlılık gösterecek şekilde programlanmasının önemi ve gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır.**

**Anahtar kelimeler: ocuk İstismarı ve İhmali, Sağlık Profesyonelleri, Farkındalık**



## **ABSTRACT**

**The awareness of health professionals working in family health centers regarding child abuse and neglect**

**In this study determining the awareness of health professionals working in Family Health Centers was aimed.**

**In this study, there are totally 119 health professionals working in FHC (Family Health Centers) including with 45 doctors, 30 nurses and 45 obstetrician in selected four regions in Mersin Province.**

**Data for the study was collected through the use of an “Identifying Information Sheet” made up of 21 questions, by using “Likert Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect” made up of 67 questions developed by UYSAL to determine the awareness levels of nurses, obstetricians and doctors about child abuse and neglect.**

**This scale was implemented with 95 % reliability + 3 standard deviation and 3% error margin. 76 % Doctors, 57 % Nurses, 52% Obstetricians included in the study stated that they got information about child abuse and neglect during their education life. In the study, 60 % health professionals encounter cases or suspicions about child abuse and neglect and it is also determined that obstetrician rate of encountering with child abuse and neglect substantially high when comparing with other occupational groups.**

**It is stated that 78 % health professionals encountered with the cases or suspicions have difficulty in getting the tale, 35 % health professionals have difficulty in physical examination, 58 % health professionals recording and 70 % health professionals reporting to the institutions. 18 % health professionals included in the study stated that they wouldn't announce when encountering with the cases or suspicions about child abuse and neglect.**

**In all profession groups, point average of characteristics of the parents prone to abuse and neglect and point average of characteristics of the children prone to abuse and neglect are found substantially lower than the other scales point averages. For Health Professionals working in Family Health Centers, diagnosing child abuse and the facts of neglect and for this reason developing more**

**efficient and systematical instruction and procedures to announce these occurred facts and additionally the importance of education about child abuse and neglect continuously programmed before and after graduation and the necessity of education are concluded in this study**

**Keywords: Child Abuse and Neglect, Health Professionals, Awareness**



## 1. GİRİŞ

Çocuklar bütün canlılar arasında en uzun süre bakım, korunma ve sevgi gerektiren varlıklardır. Çocuk doğduğu andan itibaren büyüme ve gelişme süreci içinde ailesi özellikle de ebeveynleriyle olan etkileşimi sonucunda kişiliği ve ruhsal yapısının temelleri oluşmaktadır. Çocuğun anne ve babasına yalnızca bakım ve beslenme için değil aynı zamanda sevgi ve şefkat içinde gereksinimi vardır. Çocuklar sevgi ve huzurlu bir aile ortamında sosyalleşir ve toplumsal yaşamı öğrenirler. Sağlıklı çocukların yetişmesinde anne ve babanın tutum ve yaklaşımları oldukça önemlidir (1-3).

Anne babasıyla uyumlu ilişkiler içinde olan ve mutlu büyüyen çocuklar gelecekte mutlu yetişkinler olabilmektedirler. Bu nedenle de sağlıklı toplumların oluşabilmesi için geleceğimiz olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi için her türlü ihmal ve istismardan korunmaları gerekmektedir (4-6).

Bazı durumlarda, çocuğun beslenmesi, barınması, eğitim ve sağlık gibi temel gereksinimleri ihmal edilmektedir. Ayrıca çocuklar fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişmelerini olumsuz etkileyen eylemlere maruz kalmaktadırlar. Günümüzde çocuk istismarı ve ihmali önemli bir sağlık ve sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (7-11).

Amerika Birleşik Devletlerinde tutulan düzenli kayıtlara göre çocuk istismarına bağlı ölüm sayısı 1998’de günde 3,8 iken, 2010 yılında günde 5’e çıktığı görülmüştür. Düzenli kayıtlar kullanılarak yapılan analizler sonucunda istismara uğrayan çocukların %30’nun gelecekte kendi çocuklarını istismar ettiği saptanmıştır. Ayrıca aynı verilere göre ergenlik çağı gebeliklerinin %25’inin çocuk istismarı nedeniyle oluştuğu, hapisanede yatan erkek mahkumların %14’ünün, kadın mahkumların %36’sının çocuk istismarına uğradığı belirlenmiştir (12). Bu veriler ışığında çocuk istismarı ve ihmalinin sağlıklı toplumların oluşmasının önündeki en büyük toplumsal sorunlardan biri olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.

Türkiye’de çocuğa yönelik istismar ve ihmalin yaygınlığı, nedenleri ve etkileri konusunda yürütülen çalışmalar kısıtlı olmakla beraber, sorunun büyüklüğüne dair fikir vermektedir (13). Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 2007 yılında yayınlanan,



Türkiye’de ortaöğretime devam eden öğrenciler ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü toplamda 26.009 çocukta yapılan anket çalışmasında son üç ayda çocukların %53’ünün sözel, %36’sının duygusal, %22’sinin fiziksel ve %16’sının cinsel şiddetle karşılaştıklarını göstermektedir (14). 2010 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu koordinasyonu ve UNICEF’in teknik desteği ile 7-18 yaş arası 1.886 çocuk ile yürütülen “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” sonuçları okul, aile vb. ortamlarda çocukların %25’inin ihmale, %45’inin fiziksel istismara, %51’inin duygusal istismara ve %3’ünün cinsel istismara maruz kaldığı görülmektedir (15).

Genç Hayat Vakfı koordinasyonu tarafından 2012 yılında 11-17 yaşlar arası 440 öğrenci ile yürütülen “Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması”, çocukların %26’sının ihmal davranışlarına, %68’inin duygusal şiddete, %26’sının ise fiziksel şiddete hayatları boyunca en az bir kez maruz kaldıklarını, %21’inin de ev içi şiddete tanıklık ettiklerini göstermektedir (13).

Çocuk istismarı, karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sosyal sorundur (16). Günümüzde yeterli kayıt bulunmamasına karşın çocuğa yönelik şiddet olayları ülkemizde gün geçtikçe artış göstermektedir. Bu konuda çocuğun yaşı ne kadar küçükse risk o kadar artmaktadır. 0-4 yaş arasındaki çocukların ihmal ve istismara uğrama oranı, daha büyük çocuklarla karşılaştırıldığında hemen hemen iki kat daha fazladır (17,18). Dünya sağlık örgütüne göre dünyadaki çocuk istismarı insidansı (40/1000) kanser insidansından (3.9/1000) on kat daha fazladır (19). Yine Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupada her yıl 15 yaş altı 852 çocuk istismar sonucu yaşamını kaybetmektedir. Çocuk ölümlerinin bir kısmında nedenin çok iyi araştırılmadığı düşünüldüğünde gerçek rakamın daha yüksek olduğu öngörülebilir. İstismar sonucu meydana gelen bu ölümlerin %61’ni 0-4 yaş grubu çocuk ölümlerinin oluşturduğu vurgulanmaktadır (11,20).

Toplumda çocuğa yönelik kötü davranma, ihmal ve istismar çoğu kez inkar edilebilmekte ya da görmezlikten gelinmektedir. Sağlık profesyonelleri buldukları özel konum ve mesleki eğitimleri nedeniyle başkalarının göremediği ya da fark edemediği diğer sorunlarda olduğu gibi çocuk istismarı ve ihmali de

mesleki duyarlılık ve farkındalıkları sonucunda sorunu görebilme ve önlemeyebilmede uygun pozisyonadırlar (16,21,22).

Çocuk istismarı ve ihmalini önlemeye yönelik çalışmalar üç grupta ele alınabilmektedir. Bunlar; primer, sekonder ve tersiyer önleyici hizmetlerdir. Bu üç alanda da hemşire, ebe ve hekimler aktif olarak sorumluluk almaktadırlar (17). Hemşire, ebe ve hekimlerin primer önleyici hizmetler kapsamında, istismar ve ihmal tanımlama ve önlemeye yönelik halka, meslek gruplarına eğitim verilmesi, ihmal ve istismarda risk gruplarının tanınması ve belirlenmesi, bu gruplara çatışma ve stres yönetimi ile ilgili danışmanlık hizmetleri sağlamaktadırlar (21).

Çatık ve Çam'ın (2006) 192 hemşire ve ebe ile yaptıkları bir çalışmada; hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğu, çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanısı için temel eğitim ve hizmet içi eğitimlerde çocuk istismarı ve ihmal konusuna daha fazla yer verilmesinin önemi vurgulanmıştır. Aynı çalışmada okul sağlığı hemşireliğinin önemi bir kez daha vurgulanmıştır (7).

Bahçecik ve Kavaklı'nın (1993) bir çalışmasında; hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin, kayıt altına alınması, gerekli yasal süreçlerin, uygun tedavi ve iyileştirme sürecinin başlatılması konusunda zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (16).

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire, ebe ve hekimler risk altında olan çocuk ve istismar ve ihmale eğilimli ailelerin erken tanınmasında önemli bir konumdadırlar. Hemşire, ebe ve hekimler sağlık hizmetlerinde çocuk ve aile ile ilk karşılaşan meslek üyeleridir. Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin “yüksek risk” gruplarını erken fark etmeleri ciddi örselenmeleri önlenmesi açısından da oldukça önemlidir (10, 16, 21,22).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ev ziyareti, sağlık bakımı hizmetleri, çocuk gelişimini destekleyici faaliyetler, ebeveyn eğitimi, aile desteği, madde kötüye kullanımı müdahaleleri ve ailenin belli sorunlarına ve ihtiyaçlarına göre esnek olunabilen hizmetler arasında yer almaktadır. Ebeveynlere evinde hizmet sunmak, bu hizmetleri veren kişiye çocuğun yaşadığı çevrenin güvenli olup olmadığını ölçmesi ve ebeveynle, ebeveyn-çocuk etkileşimini daha iyi hale getirmek açısından çok somut bir çalışma olanağını sağlamaktadır. Bu yöntem, ayrıca merkez temelli olarak verilen programlarda gerçekleştirilmesi zor olan bir ortam sağlamaktadır; katılımcının desteği

başkalarının olmadığı bir ortamda, kendi evinde almaları ve desteği veren kişinin de çok daha esnek ve gereksinimlere uygun çok daha fazla alternatifi sunma fırsatını vermektedir (23). Old's ve ark. (1998) çocuk istismarı ve ihmalini önlemede ev ziyaretlerinin etkisini inceledikleri çalışmalarında, iki yaşına kadar hemşireler tarafından ailenin risk durumuna bakılmaksızın evde ziyaret edilen annelerin bebeklerinin; acil servise daha az başvurduğu ve kontrol grubundaki bebeklere göre kaza ve zehirlenmelerin daha az görüldüğü belirlenmiştir (24).

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çok azı tedavi edici kurumlara ulaşmaktadır. Genellikle de olgular aile içinde gizli kalmaktadır. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kamuoyunun bilinçlendirilmesini sağlamak, yüksek riskli ailelerin saptanması ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerinin sağlanması ve erken tanı ve tedavinin başlatılmasında ASM'lerde çalışan sağlık profesyonellerine önemli sorumluluk düşmektedir (16, 25).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tarihsel Süreçte Çocuk

Çocuk; en genel anlamı ile insan yavrusu olarak tanımlanır (26). Eski çağlarda, kendisine iyi davranılmayan güçsüzlüğü nedeniyle kullanılan ve kolaylıkla öldürülen çocuklara hıristiyanlığın yayılmasıyla Tanrı korkusu nedeniyle önceki dönemlere nazaran daha iyi davranılmaya başlanmıştır (27). Fransız nüfus bilimci Aries çocukluğun toplumun bir icadı olduğunu ve orta çağda çocukların az çok yetişkin gibi sayıldığını ve muamele gördüğünü ve çocukluk kavramının olmadığını belirtmiştir. Ayrıca Aries, dönemin Eski Yunan ve Roma Medeniyetinde eğitim faaliyetlerinin bulunmasını, çocukluğun klasik çağda anlaşılmaya çalışılması olarak yorumlamıştır. Aynı şekilde Postman, çocukların anlaşılmaya başlandığı bu yeni dönemin, kuzey barbarlarının istilalarıyla sona erdiğini ve Orta Çağ'ın karanlık yüzünün ortaya çıktığını belirtmektedir (28).

Çocuklara karşı duyarlılığın gelişmediği orta çağda, yaygın inanış, insanların günahkar doğduğu olmuştur. Çocuklara karşı bakış açısı, zaman içinde olumsuz yönde değişmeye başlamış çocuğun kendine özgü varlığı unutulmuştur (29). Bu unutkanlığa Orta Çağ'ın salgın hastalıklarının, en çok savunmasız durumdaki çocukları etkilemesi ve çocuk ölümlerinin ve doğum oranlarının çok fazla olması nedeniyle ebeveynlerin olası kayıp olarak gördükleri çocuklarına bağlanmaktan kaçınmalarının neden olduğu öne sürülmüştür. Öyleki 14. Yüzyıla kadar çocuklara vasiyetnamelerde yer verilmemiştir (28). Yine orta çağda çocuklar için bir hukuk ya da ceza yasaları geliştirilmemiştir. Çocuklar da, yetişkinler gibi, her türlü suçtan tam sorumlu tutulabilmiş ve ağır cezalara mahkum edilebilmişlerdir (27).

İslam Uygarlığında, Kuran ve Sünnette, buluğ yaşına kadar çocuğun mükellef sayılmadığı öğretisi mevcuttur. Çocukluğun yetişkinlikten farklı özel bir biyolojik evre olduğu, doğumdan buluğ çağına kadar birkaç değişik evreden geçilerek çocukluktan çıkılacağı, yetişkinliğe belli bir hazırlık ve yetiştirme sonucunda ulaşıldığı ve çocuğun yetiştirilmesinde sorumluluğun yetişkinlere ait olduğunu gösteren ayet ve hadisler bulunmaktadır (30).

Çocukluğun hiç tanınmadığı bir çağdan, hukuksal, toplumsal, eğitsel kurumlar içinde korunmaya alınan çocukluk kavramına geçiş dört asır sürmüştür. Batı Avrupa’da çocuk anlayışında önemli bir değişim, 16. ve 17. Yüzyılda ortaya çıkmıştır. Çocuğun ayrı bir kişilik, çocukluğun da ayrı bir yaşam dönemi olarak algılanmasında; ekonominin tarımdan sanayiye kaymasının, orta sınıfın gelişmesinin, aile yapısının ve rolünün gelişmesinin, çocuk ölümlerinin azalmaya başlamasının, aile içinde duygusal bağın önem kazanmasının ayrı ayrı birer öge olduğunun altı çizilmelidir (31).

## **2.2. Çocuk İstismarı ve İhmal Tanımı ve kapsamı**

Dünya Sağlık Örgütünün bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar olarak tanımladığı çocuk istismarı ve ihmal karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan tıbbi, hukuki gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur.

1970’de Hellnes isimli bir araştırmacı ilk olarak çocuk istismarı ve ihmalini, çocukla bakıcısı arasında çocuğun fiziksel ve gelişimsel durumuna yansıyan, kaza sonucu ortaya çıkmayan, etkileşim ya da etkileşim eksikliği” şeklinde yapmıştır. 1972 yılına gelindiğinde Helfer ve Kempe çocuk istismarı ve ihmal tanımlarını biraz daha değiştirerek ebeveynlerin ya da çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği ya da ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasara uğraması olarak yeniden tanımlamıştır. Parke ve Colimer 1975 yılında çocuk istismarı tanımına kültürel boyut eklemiş ve “Anne ve babalar ile çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğraması” şeklinde tanımlamıştır. 1981 yılında David Gill çocuk istismarı ve ihmalini, “İnsanların yaptıkları ya da yapmaları gerektiği halde yapmadıkları davranışlardan ya da insanların yarattıkları ya da tolere ettikleri koşullardan dolayı, çocuğun gizli güçlerini ortaya koymasının, yeteneklerini geliştirmesinin engellenmesi” biçiminde tanımlamıştır. Çocuk istismarı, geniş anlamda, 0-18 yaş grubundaki çocuğun, belli bir zaman dilimi içerisinde, kendisine bakmakla yükümlü yetişkin kişiler ya da başka bir çocuk tarafından büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen, kaza dışı ve önlenemez her türlü davranışa maruz bırakılması şeklinde tanımlanabilmektedir (32,33).

İnsanlık tarihi boyunca çocuk istismarı ve ihmaline her kültürde çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir. Victor Hugo ve Charles Dickens'in romanlarında çocuk istismarı ayrıntılı ve çok boyutlu bir şekilde işlenmektedir. Tıbbi literatür incelendiğinde ilk olarak 1860 yılında Tardieu, Paris Tıp Akademisi'nde çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinmişken, Caffey 1946 yılında kemik kırıkları ile subdural hematom saptanan çocuklarda "Caffey Sendromu" nu tanımlamıştır (34). Çocuk İstismarı Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Duygusal İstismar, Ekonomik İstismar ve Çocuk İhmali olmak üzere 5 kategoride incelenmektedir.

### 2.2.1 Fiziksel İstismar

En geniş anlamda çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanır. Fiziksel istismar kaza sonucu olmayan ve çocukta fiziksel bir hasara, yaralanmaya ve hatta ölüm ile sonuçlanan tüm erişkin davranışlarını kapsamaktadır. Bulguların gözle görünebilir olması nedeniyle ilk dikkat çeken istismar türü olmuştur (35). Belirlenebilir en kolay istismar tipi olmasına karşın yapılan pek çok fiziksel istismar vakasının atlandığı bildirilmektedir. Fiziksel istismar en sık 3 yaş altında görülmekle beraber ergenlik döneminde de görülmektedir.

Fiziksel istismar, duygusal istismar ile birlikte çocuk istismarının en sık görülen türlerinden birisidir. İlk kez tanımı Kempe ve ark. tarafından "Battered Child Syndrome" (örselenmiş çocuk sendromu) olarak ifade edilmiştir (34).

Gelişmiş ülkelerde fiziksel istismar oranının % 4-16 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (36). Bazı kültürlerde dayanın, disiplin yöntemi olarak kabul edilmesi fiziksel istismarı artırmaktadır. Ülkemizde fiziksel istismar vakaları sıklıkla olgu sunumları olarak bildirilmektedir. Bir çalışmada fiziksel istismar sıklığı %36 olduğu belirtilmiştir (37). İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından 2000-2002 yılları arasında karara bağlanmış çocuk ölümlerinin incelenmesi sonucu 216 istismar ve ihmal olgusundan 161'i (%74,5) ihmal ve 30'u (%13,9) fiziksel istismar olarak belirlenmiştir (38).

Fiziksel istismar olguları aslında erken dönemde çeşitli bulgular ile hekime başvurulmaktadır (39,40). Tanı konulamadığı zaman bu çocukların %35'i tekrar istismara uğramakta ve %5-%10'u da yaşamını yitirmektedir (41). Bu nedenlerle fizik

muayene bulgularının ayrıntılı olarak değerlendirilmesi fiziksel istismarda erken tanı için oldukça önemlidir.

Fiziksel istismarda olayın saklanması için anne-babaların çoğu çocuğu, bir kaza öyküsü ile sağlık kuruluşuna getirmektedirler. Burada özellikle evde yaşanmış bir kaza öyküsü mevcut olup, dışarıdan başka görgü tanıklarının gösterilme zorunluluğuna girilmemektedir. En sık evde yüksekte düşme, sıcak bir şeyin üzerine düşmesi ya da devrilmesi gibi nedenler kullanılmaktadır. Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismara bağlı olan yaralanmaları ayırmak çok önemlidir. Bu ayırmada yapılacak hatalar hem çocuk hem de aile için çok ağır sonuçlar doğurabilir. İstismara bağlı yaralanmalar tespit edilemeyip atlanırsa çocuk, istismarcısına teslim edilir ve istismar artarak devam eder. Söz konusu gecikmeler ek yaralanmalara hatta ölüme neden olabilir (36). Bununla beraber kazaya bağlı oluşmuş yaralanma tespit edilemeyip, istismar olarak değerlendirilirse aile gereksiz yere suçlanacak ve yaşanan adli süreç nedeniyle çocuk ve aile travmatize olacaktır (42).

Başvuruda çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili ya da fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutan ebeveyn, çocuğun hasarla ilgili ebeveyni suçlaması, anne ve/veya babada istismara uğrama öyküsü, anne ve/veya babanın çocuktaki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi, çocuğun farklı sağlık kuruluşlarına götürülmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir (17,43).

Fiziksel istismarda en çok karşılaşılan fizik muayene bulgusu ekimozdur (44). Kazaya bağlı ekimozların çocuklarda sık görülmesi nedeniyle ayırıcı tanı zorlaşabilir. İyi ve ayrıntılı alınan bir anemnez ile beraber çocuğun yaşı ve hareketlilik durumu, ekimoz bölgesinin yeri, boyutları ve yaşı birlikte değerlendirildiğinde ayırıcı tanı kolaylaşacaktır. Ekimozlar özellikle çocukların yürümeye başlayarak hareketlendiği dönem olan 24-36'ncı aylarda görülür. Henüz yürümeye başlamamış olan çocuklarda kazaya bağlı ekimoz görülme oranı %1'in altında iken emekleyen çocuklarda bu oran %17 ve yürüyen çocuklarda bu oran %50'dir ve genellikle tibia ön yüzünde görülür (45). İstismara bağlı gelişen ekimozlar daha çok göz çevresi, yanaklar, çene, kulaklar, sırt, gluteal bölge ve üst bacakta görülür (44). Bazen ekimozun boyutu ve şekli etyolojinin belirlenmesini sağlayabilir. Özellikle fiziksel istismar herhangi bir alet kullanarak yapıldıysa kolaylıkla anlaşılabilir (46). Fizik muayenede farklı zamanlarda

oluşan ekimozlar saptandığında da dikkatli olunmalıdır. Ekimozun zamanının belirlenmesinde ise lezyonun rengi önemlidir. İlk günlerde kırmızı olan renk daha sonraki günlerde mavi-yeşil-sarı, kahverengi şeklinde renk değiştirecektir (47). Ekimozun yerine, dokulardaki kanama miktarına, kan dolaşımına bağlı olarak renk değişikliği günler sonra ortaya çıkabilir bazen de aynı ekimozun içinde farklı renkler olabilir. Bu nedenlerle ekimozun rengine göre olay zamanı belirlemek mümkün olmayabilir. Ekimozların uygun teknik ve uygun makine ile fotoğrafının çekilmesi tanıda yarar sağlayabilir. Sonuç olarak tıbbi bir nedenle açıklamayan vücudun farklı yerlerinde farklı zamanlarda oluşmuş, tedaviye başvurmada gecikmiş her ekimoz fiziksel istismar bulgusu olarak değerlendirilmelidir (48).

Isırık izleri adli tıp incelemesi ile istismarcının tanınabilmesini sağladığı için oldukça önemlidir (44). Bununla birlikte çocukların başka bir çocuk ya da hayvan tarafından ısırılmış olabileceği de göz ardı edilmemelidir. Köpek ısırıkları insan ısırıklarına göre dar çaplı ve daha derindir. Çocuk ve yetişkin ısırık izlerinin tanınabilmesi için ise her iki köpek dişinin deride bıraktığı izler arasındaki mesafenin ölçülmesi çok önemlidir. Bu mesafe 3-4,5 cm arasında ise yetişkin, 2,5-3 cm arasında ise çocuk ya da ergen, 2,5 cm altında ise çocuk ısırığı olduğu söylenebilir (49). Yetişkin ısırığı klasik olarak karşılıklı iki konkavitesi olan oval ya da yuvarlak iz bırakır ve sıklıkla istismar bulgusudur.

Beş yaş altındaki çocuklarda acil servise önemli bir başvuru nedeni olan yanıklar ciddi çocuk istismarı vakalarının %10-20'sinde görülmektedir (50). Maquire ve ark. (2008) yanık ünitesine yatan çocukların %35'inin istismar tanısı aldığını bildirmiştir (51). Yanıklar haşlanma, sıcak cisimlere dokunma ya da alevle oluşabilir. Kazaya bağlı haşlanma sıklıkla sıcak maddelerin dökülmesi sonucu oluşur ve sıklıkla üst dudak, yüz, boyun, gövde ve bacaklarda görülür (44). Kazaya bağlı haşlama yanıkları asimetriktir, düzensiz kenarları vardır ve farklı derecelerdeki yanıklar birlikte görülür. İstismara bağlı oluşan haşlanma şeklindeki yanıklar ise sıklıkla daldırma yanıkları şeklinde oluşur. Bu yanıklar çocuğun belden aşağısında sık görülür. Kıvrım yerleri korunur, sınırları belirli, derinliği aynı, simetrik yanıklar olarak karşımıza çıkar (44). Çocuğun elleri ve ayakları daldırılarak yakıldığında ise eldiven-çorap şeklinde yanıklar oluşabilir. Sıcak bir nesneye dokunarak oluşan yanıkların kazaya ya da istismara bağlı olup olmadığını anlamak oldukça zordur. Bu yanıklar kazaya bağlı olduğunda çocuğun eliyle



dokunabileceği yerdeki cisimlerle oluştuğu için sıklıkla elin iç yüzünde olur. Bazen sıcak cisimlerle oluşan yanıkların şekli cismin ne olduğunu anlamamızı sağlayabilir. Özellikle de sigara yanıkları istismara bağlı yanıklar arasında oldukça önemlidir ve deride yaklaşık 1 cm çapında, daire şeklinde gözlenir (52). Önemli olan bir diğer nokta kasıt olsun ya da olmasın yanıklar sıklıkla ihmal ile birlikte dir.

Çocukluk çağında karşımıza bir travma bulgusu olarak çok sık çıkan kırıklar fiziksel istismar olgularının 1/3'ünde görülür (53). Kaza istismar ayrımının yapılabilmesi açısından çocuğun yaşı ve hareketlilik durumunun birlikte değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda 3 yaş altındaki çocuklarda oluşan kırıkların %30'unun, 12 ay altındaki çocuklarda ve %75'inin istismar nedeni olduğu bildirilmiştir (54). Yürümeye başlamamış olan çocuklarda uzun kemik kırıklarının kazaya bağlı olma olasılığı oldukça düşüktür (44). Uzun kemiklerin uç kısımlarında oluşan metafiz kırıkları, spiral/oblik kırıklar, kosta (posterior), vertebra, skapula, sternum, kompleks kafatası kırıkları yüksek olasılıkla fiziksel istismarı düşündürür (55). Bu kırıklar çocuğun sarsılması, çekilmesi, çarpılması ya da ekstremitenin tutularak çevrilmesi sonucu oluşabilir. Çocuk istismarı açısından oldukça spesifik bir bulgu kosta kırıklarıdır. Özellikle birden fazla posterior kosta kırığı görüldüğünde mutlaka çocuk istismarı akla gelmelidir (56). Kafatası kırıklarında istismar olasılığı %30'dur (44). Çocuklarda en sık görülen kafatası kırığı çizgisel kırıklar olup bu kırıklar istismara ya da kazaya bağlı olabilir. Birden fazla olan komplike kafatası kırıkları ile çökme kırıkları sıklıkla çocuk istismarını düşündürür (57).

Fiziksel istismarda künt travmalar sonucu iç organ yaralanmaları görülebilir. İç organ yaralanmaları daha çok 2 yaş üzerindeki çocuklarda, karın ve göğüs travması olarak karşımıza çıkar (58). Çocuk istismarında çok sık görülmesi de istismara bağlı ikinci en sık ölüm nedeni karın travmalarıdır. Mortalite oranı %40-%50 civarındadır (59). İstismara bağlı karın travması olan çocukların %60'ında fizik muayenede ekimoz olduğu bildirilmiştir (44).

İki yaşın altındaki çocuklarda önemli bir mortalite ve morbidite nedeni de fiziksel istismar sonucu oluşan kafa travmalarıdır (60). Özellikle 2-6 ay arasındaki kafa travması nedeniyle getirilen çocuklarda istismar olasılığı oldukça yüksektir (61). Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 50.000 kafa travması olgusunun istismara bağlı

olduğu tahmin edilmektedir. Olgular apne, konvülsiyon, koma gibi bulgular yanında, ağlama, huzursuzluk, kusma ve letarji şeklinde semptom ve bulgular görülür (62). Bazı olgularda hiçbir semptom olmayabilir ve bu olgularda genellikle non-spesifik muayene bulguları vardır. Travma öyküsü sıklıkla yoktur ya da küçük bir kaza/travma öyküsü alınır (63). Bu özellikler düşünülmeyp vakalara basit yaklaşımlarla değerlendirildiğinde istismar vakaları atlanabilir. En sık görülen intrakraniyal bulgular subdural ve subaraknoid kanamalarıdır (62). Epidural and subgaleal kanama da görülebilir. Retinal kanamalar olguların %75-%90'ında görülür (64). Subdural ve retinal kanama birlikte saptanan olgularda Sarsılmış Bebek Sendromu düşünülmelidir. Kafa travması olgularında çocuğun yaşı, hareketlilik durumu ve ayrıntılı bir öykü alınması çok önemlidir. Eğer travma ya da düşme öyküsü varsa kaç metreden düştüğü, düştüğü zeminin özellikleri öğrenilmelidir. Yapılan çalışmalarda 150 cm'den daha düşük mesafelerden düşen çocuklarda ciddi kafa travması bulgularının oluşmasının zor olduğu belirtilmiştir (65,66).

Ciddi gelişimsel gerilik görülen çocuklarda kronik fiziksel istismara maruz kalma ayırıcı tanılar arasında mutlaka düşünülmelidir. Berwick ve ark. çalışmasında (1988) gelişme geriliği olan çocukların üçte birinin istismara uğradığı bildirilmiştir (67). Bazen gelişme geriliği tek başına çocuk istismarı bulgusu olabilir. Bu konuda en büyük görev birinci basamak sağlık çalışanlarına düşmektedir. Çocuğun rutin kontrolleri sırasında kilo alamadığı/kaybettiği ve bunu açıklayacak altta yatan bir neden bulunamadığında çocuk istismarı/ihmal de akla gelmelidir.

### **2.2.2. Cinsel İstismar**

Yüz yıllardır bilinen bir olgu olan ve son yıllarda bir artış izlenen çocuk cinsel istismarı tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (68). Cinsel istismar; 'henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması' olarak tanımlanmaktadır. İstismar çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum "Ensest" olarak adlandırılır. Cinsel istismardan söz ederken bir çocuk ile bir yetişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı en az 5 yıl olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden

aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınır (69). Cinsel istismarın mutlaka şiddet içermesi gerekmez, bu açıdan çocuğun rızasının olup olmadığına bakılmaz (70). Cinsel istismar saptanması en zor olan ve gizli kalan istismar türüdür. En sık ortaya çıkma şekli ise mağdurun söylemesidir.

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir. Bunlardan birincisi temas içermeyen cinsel istismarlardır. Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgencilik içerir. İkincisi cinsel dokunmadır. İstismarcının kurbanına dokunmasını ya da kendisine dokunması için zorlamasını kapsar. Üçüncüsü oral-genital seks içerir. Dördüncüsü interfemoral ilişki olarak adlandırılan penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir. Beşincisi cinsel penetrasyon olarak isimlendirilen genital ilişki, anal ilişki, oral ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon durumlarını kapsar. Altıncısı cinsel sömürü yani çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu içerir (71).

Güncel geniş meta-analitik çalışmalarda, uluslararası çocuk cinsel istismar yaygınlığı kızlarda 1/5 ve erkeklerde ise 1/13 olarak saptanmıştır (72,73). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupada her yıl 33 milyon çocuk cinsel, duygusal istismara maruz kalmaktadır (20). Amerika Birleşik Devletlerinde 2012 verilerine göre çocukların %8.5 cinsel istismara maruz kalmaktadır (74). İstismarın sonrası hissedilen utanç ve suçluluk duyguları ve doğabilecek tepkilerden korkma nedeniyle cinsel istismar çoğu zaman gizli kalmaktadır. Dolayısıyla en iyi ihtimalle cinsel istismar vakalarının ancak %15'i bildirilmektedir. Bildirilen vakalar buz dağının sadece görünen kısmıdır (75). Amerika Birleşik Devletlerinde cinsel istismar kurbanlarının %79.1'nin 14 yaşın altında olduğu saptanmıştır (74). Bazı çalışmacılar istismardan bahsetmek için mutlaka ten temasını gerekli görmekte, bazıları ise sözel imaların ya da bakışların bile istismar olabileceğini düşünmektedir (75).

Akbaş ve ark. (2009) çalışmasında çocuk psikiyatrisine başvuran 72 cinsel istismar olgusunun ortalama yaşı 12.1 yıl iken, Çengel ve ark. (2007) çalışmasında 54 cinsel istismar olgusunun ortalama yaşı 10.9 olarak bildirilmiştir (76,77). Goode'un Amerika Birleşik Devletlerinde 1992-2010 yılları arasında işlenmiş olan cinsel istismar vakalarını incelediği çalışmasında vakaların %28'nin aile içi cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir (78). Zoroğlu ve ark. (2001) çalışmasında çalışmaya katılanların %10,7'sinin cinsel istismara (ensest dahil) yaşam boyunca maruz kaldığı belirlenmiştir (79). Gündüz ve ark. 2011 yılında yapmış oldukları çalışmada cinsel saldırı olgularının

%8.7'sinin enstest sonucu olduğu saptanmıştır (80). Alikışıfoğlu ve ark. (2006) çalışmasında öğrencilerin %1,8'i enstest bildirilirken, %11,3'ü çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğunu ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir (81). Gerçek oranların tahminlerden daha yüksek olduğu düşünöldüğünde çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanımın ölkemizde de sanıldığıının tersine daha yüksek oranlarda olduğu tahmin edilmektedir.

Çocukların bu düzeyde yüksek oranlarda cinsel istismara maruz kalması akıllara neden sorusunu getirmektedir. Çocuklar meraklıdır, çevrelerini ve dünyayı tanımak isterler. Büyüdükçe, meraklarının yoğunlaştığı konuların başında da cinsellikleri gelir ve cinselliğe yönelik merakın yoğunluğu, cinselliğin toplumda halen bir tabu olması nedeniyle çocuğun merakını giderecek bilgileri yakın çevresinden öğrenememesi sonucu daha da artar. Çocuk çevresinde (aile, televizyon, basın, çeşitli konuşmalar) kendisinin dışlandığı ve kendisine hiç ya da çok az bilgi verilen bir şeylerin olduğunun farkına varır. Çocuğun doğal merakı ve bu merakı giderecek bilgilerin verilmeyişi, çocuğun saldırgan tarafından kolayca kullanılmasını sağlayabilir. Çocuklar ilgi ve sevgi ihtiyacı olan canlılardır. Cinsel istismar açısından en riskli çocuklar ailelerinden yeterli ilgi ve sevgiyi görmeyen çocuklardır. Çocuklar kolay yönlendirilir ve savunmasızdırlar. Çoğu anne-baba, çocuklarının eğitiminde özellikle büyükleri saymanın ve dediklerini yapmanın önemi üzerinde durur. Çocuklar çok geçmeden çevrelerindeki dünyada gücün erişkinlerde olduğunun farkına varır ve yaşamlarının bu güçlü erişkinlere bağlı olduğunu öğrenirler. Çocuklar cinsel istismarı korkuları nedeniyle gizleme eğilimindedirler. Ne yazık ki bu durum, saldırgan tarafından amacına uygun olarak kullanılabilir. Çocuk şahitliği farklıdır. Çocukların kötü şahit olduğu 25 yıl öncesine kadar yaygın kabul görmüştür. Çocukların gerçeklikleri ayıramadıkları bir fantezi dünyasında yaşadıkları düşünölmüdü ve özellikle cinsel istismar konusunda söylediklerine inanılmazdı. Ancak son yıllarda çocuk cinsel istismarında hakim görüş, çocukların maruz kaldıkları cinsel istismar konusunda yalan söylemedikleri ve söylediklerinin doğru olduğu şeklinde değiştii. "Çocuklar bir sorundan kurtulmak için yalan söyler, bir sorunun içine girmek için değil" ve "eğer çocuk tarif ediyorsa, mutlaka olmuştur" şeklindeki fikirler birçokları tarafından kabul edilmekteydi ve onlar için çocuk ideal bir şahitti. Ancak bu görüş de, çocukların güvenilmez olduğunu savunan eski görüş kadar hatalıdır. Çocuklar kötü şahit değildir, ancak ideal şahit de değildir.

Farklı bir şahittir. Bu farklılık çocuklara daha profesyonel bir yaklaşım gerektirir. Çocuklar cinsel istismar olayında saklama amacı dışında nadiren yalan söylerler, ancak olayları yanlış değerlendirebilirler (82-84).

Cinsel istismar uygulayanların çoğu erkektir. Suçluların sadece %5-15'i kadındır ve kadınlar genellikle erkek çocuklarını istismar ederler. Erkek çocuklara yapılan istismarların %20'den fazlasında suçlu kadındır. Kadınlar genellikle bir erkekle birlikte "eş-istismarcı"(co-abuser) olarak bulunurlar ve bazen çocukla temasta bulunmayabilirler. Kadınların çoğu bekardır (82). Tanıdık birisi ya da bir yabancı tarafından aile dışı istismar, çocuk ve erişkin arası cinsel temas vakalarının % 30-50'sini oluşturur (85). Syengo ve ark. (2008) Kenya'da yapmış oldukları çalışmada mağdurların % 82'sinin istismarcıları tanıdıkları saptanmıştır (86). Çengel ve ark (2008) Türkiye'de yaptıkları çalışmada istismarcıların % 40, 7'sinin, Demir ve ark. (2008) çalışmasında istismarcıların % 90, 1'inin tanıdık olduğu saptanmıştır (77,87).

Cinsel istismarcı birey, psikodinamik teoriye göre olgunlaşmamış duygusal durum özellikleri ile patolojik bir şekilde çocuğu cinsel açıdan çekici bulur. Çocukluk döneminde özdeşim kurabileceği birinin olmaması, sosyal bileşenler açısından patolojik bir aile yapısına sahip olması, destek sistemlerinden yoksun olması, istismarcı bireyin diğer özellikleri arasında yer alır (88).

Cinsel kötüye kullanıma işaret eden klinik belirti ve bulguların tanınması, fiziksel kötüye kullanıma oranla daha zordur. Ayrıca çoğu olguda cinsel kötüye kullanımı kanıtlayacak fiziksel bulgular yoktur. Özgün bulgular olmamasına karşın, çocuk ve ergenler kuşkuyu arttırıcı birçok davranış ve klinik bulgular gösterebilmektedir. Çocukla ilgilenen kişinin cinsel kötüye kullanıma bağladığı ya da hekimin muayene sırasında dikkatini çeken fiziksel belirti ve bulgular: genital bölgedeki sıyrıklar, kaşınma, ağrı, yırtılmış himen, vajen ya da makat kanaması, perine yırtığı ya da ekimozları, yürüme ve oturmadaki güçlüklerdir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, penis iltihabı ya da vajinal akıntı durumlarında cinsel kötüye kullanım olabileceği düşünülmelidir (89,90).

Cinsel istismarın sonuçları fiziksel ve/veya psikolojik olabilir. Fiziksel olarak hasar görmüş dokuların iz bırakmadan iyileşmesi olasıdır ancak, psikolojik sonuçları süregelen olabilir. Gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar da etkileri yaşam boyu devam edebilecek fiziksel sonuçlar olarak karşımıza çıkabilir. Cinsel istismarın

psikolojik etkileri çocuğun yaşı, gelişim düzeyi, travmanın tipi, tehdit ve şiddetin varlığı, suçlanma ve cezalandırılma korkusu, eylemin tekrarlanması, çocuğun kişiliği, istismarcıya yakınlığı ve etkili bir tedavi görüp görmediğine göre değişir. Akademik başarının düşmesi, anksiyete, depresyon, dissosiasyon, çaresizlik hissi, duygusal dalgalanmalar, obsesif-kompulsif davranışlar, paranoya, psikoz, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar gösterme, psikosomatik sorunlar, intihar girişimi, evden kaçma ve madde bağımlılığı gibi psikolojik sorunlar istismara uğrayan çocuklarda gözlenebilmektedir (91).

### **2.2.3 Duygusal İstismar**

Çocukların kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılmaları duygusal istismar olarak adlandırılır. Çocuğun üzerinde güç sahibi olan ve genellikle çocuğun yakın çevresinde bulunan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir (92). İstismar türleri içinde gündelik yaşamda en sık rastlanan, bulguları gözle görülür olmayıp, çocuğun psikolojik hasar görmesine neden olan istismar türüdür.

İstismar türleri arasında yapılan eylem ve sonuçlar açısından görülüp ölçülebilmesi daha güç olan duygusal istismarın incelenmesi, daha yakın zamanlarda güncellik kazanmıştır (93). Fiziksel ve cinsel istismar ya da ihmale eşlik edebileceği gibi tek başına da görülebilir. İstismara uğramış çocuklarla ilgili olarak yapılan çalışmalarda uzun vadede duygusal ve cinsel istismarın çocuklarda en olumsuz etkiyi yaratan istismar türleri olduğu ortaya çıkmıştır (94). Duygusal istismara bağlı hasarlar fiziksel istismar kadar zedeleyicidir, buna karşın bulguları daha gizlidir. Duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda dışa vurum ve içe atma sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güven azlığı, intihar davranışı, çocukluk çağı masturbasyonu ve birçok başka psikiyatrik bozukluk görülebilir. Duygusal istismar uzun vadeli en yıkıcı etkilerini 0-2 yaş grubu çocuklarda gösterir. Duygusal istismar tek başına görülebileceği gibi diğer istismar türleri ile birlikte bulunabilir (95,96).

Çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi için, anne ve babasının kendisini koşulsuz sevdiğine inanması çok önemlidir. Çocuk ne tür bir davranış sergilerse sergilesin anne babasının kendisini, hiçbir koşulda sevmekten vazgeçmeyeceğine, her zaman onun

yanında olacağına ve kendisini koruyacağına emin olmalıdır ve ailesi için değerli ve özel olduğunu hissetmelidir. Çocuğun duygusal istismarına neden olabilecek ebeveyn davranışları aşağıda olduğu gibi özetlenebilir.

Beş ülkeyi kapsayan WorldSAFE Çalışması bulgularına göre de çocuklara en fazla uygulanan duygusal istismar çocuğa bağırmadır. Bunu evde yokmuş gibi davranma izlemektedir (97). Yetişkin bireyin, çocuğun gereksinimlerini karşılamaması, ayrı bir birey olarak kabul etmemesi, yokmuş gibi davranması, olumlu yönlerini ortaya çıkarmak için herhangi bir çaba göstermemesi, yardım taleplerini reddetmesi, hiçbir işe yaramıyormuş duygusu yaşatması, evdeki her hatadan onu sorumlu tutması, fiziksel temastan kaçınması ve dokunarak yakınlığını belli etmemesi reddetme olarak isimlendirilen ebeveyn davranışlarıdır.

Ana-babanın, çocuğu toplumsal ilişkilerden ve kendinden uzak tutması, çocuğun bu tip ilişkilere girmesini sağlayacak fırsatlar sağlamaması ya da kasıtlı olarak bu tip fırsatları engellemesi, çocuğun yalnız olduğuna inandırılması tek başına bırakma olarak tanımlanır. Ana-babanın, sözel ya da fiziksel saldırılar ile çocuğu korkutması, tehdit etmesi, gözdağı vererek korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olması yıldırma olarak tanımlanır. Ana-babanın zaman zaman çocuklar arasında ayırım ya da karşılaştırma yapması ayırım ve karşılaştırma olarak tanımlanır. Ebeveynler bu yöntemi kullanarak çocukların bir şeyler yapabilme çabasının artacağını sanmaktadır. Oysa istenilen sonucun tam tersi ile karşılaşmaktadırlar. Karşılaştırma sözcükleri kullanmak, çocukta, karşılaştırıldığı kişiye, nefret duygusu geliştirebilmektedir Özellikle eğitim düzeyi düşük aileler, ana-baba otoritelerini korumak için çocuğu aşağılayan, kınayan, küçülten iletilerle çocuğa karşı saldırgan mimikler, jestler ve sözcükler kullanırlar. Korkutma gerek dayak yoluyla gerekse başka şekillerde geleneksel eğitimimizde önemli bir yer tutmaktadır (98). Aşırı koruma, üstü kapalı bir red davranışı olarak ele alınabilir. Anne ve babaların aşırı baskısı ya da aşırı düşkünlük göstermesidir. Çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerin olması ve bu tip başarıların beklenmesi, yapamayacağı şeyleri başarması için baskı yapılması, yaş gelişimine uygun olmayan sorumlulukların verilmesi vaktinden önce yetişkin rolü vermek olarak tanımlanan davranış şeklidir. Özellikle sorunlu evliliklerde çocuğun evlilik güvencesi olarak kullanılması da bir duygusal istismar çeşididir. Ana-babanın çocuğun küçük düşmesine neden olacak, onurunu zedeleyecek davranışlarda bulunması, çocukta yetersizlik duygusu uyandıracak

takma isimlerle çağırma ve bu tip davranışların sistematik uygulanması aşağılama olarak adlandırılan davranış çeşididir.

Çocuğun sağlıklı olarak hem duygusal hem de sosyal gelişimini sağlayacak tepkilerin verilmemesi de duygusal istismar olarak kabul edilir. Anti sosyal davranışlara yöneltilmesi, buna özendirilmesi çocuğa toplumsal açıdan kötü örnek olunması, kötü örnekler gösterilerek suça teşvik edilmesi duygusal istismara neden olabilen davranış çeşitlerinden biridir.

Bütün ana-babalar zaman zaman kontrollerini kaybedebilir ve çocuklarına daha sonra pişmanlık duyabilecekleri şeyleri söyleyebilirler. Ayrıca sadece bir kez olan olumsuz durum ya da etkileşim duygusal istismar olarak nitelendirilmemelidir. Önemli olan olay gerçekleştikten sonra ana-babanın çocuğu ile doğru iletişimi kurup, olayı telafi etmesi, olayın daha sonra gerçekleşmemesine yönelik önlem alması ve sonuçta olayın tekrarlanmamasıdır (99).

#### **2.2.4 Ekonomik İstismar**

Çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ya da çalıştırılması ekonomik istismar olarak tanımlanmaktadır. Çocuk işçilik dünya çapında karşılaşılan bir olgudur ve pek çok farklı şekilde karşımıza çıkmaktadır. Dünyada yaklaşık 215 milyonu tehlikeli işler olmak üzere 305 milyon çocuğun çocuk işçiliğine tabi tutulduğu, 1.2 milyon çocuğun da insan ticaretine kurban olduğu bildirilmektedir (100). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) Çocuk İşçiliğin En Kötü Biçimleri Hakkındaki Sözleşmesi,1999 (No. 182) ikinci maddesine göre 'çocuk' kelimesi 18 yaşın altındaki tüm bireyleri içine almaktadır. ILO çocuk işçiliğini ciddi bir küresel sorun olarak tanımlayarak, Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Uluslararası Programı'nı (IPEC) başlatmıştır. Türkiye, programa katılan ilk altı ülkeden biri olmuştur. 1992 yılında ILO ve Türkiye Hükümeti arasında bir Mutabakat Zaptı imzalanmıştır. Bunu takiben ILO-IPEC desteği Türkiye Hükümeti ile birlikte ulusal politika ve hedeflerle uyumlu bir biçimde formüle edilmiştir. Türkiye o zamandan bu yana çocuk işçiliği oranlarını azaltmada son derece etkin olmuş ve bu doğrultuda çocuk haklarının korunmasında çarpıcı bir gelişme sergilemiştir. ILO'nun hedefi, özellikle 'çocuk işçiliğinin en kötü biçimleri' (WFCL) olarak tanımlanan çalışma biçimleri olmak üzere dünya üzerindeki tüm çocuk işçilik biçimlerinin aşamalı olarak ortadan



kaldırılmasıdır. WFCL 182 sayılı sözleşmede de tanımlandığı üzere; her tür kölelik, çocuk kaçakçılığı, çocuk askerlerin kullanılması, çocukların ticari cinsel istismarı ve fuhuş küresel anlamda tüm tehlikeli çocuk işçilik biçimlerini içine almaktadır (101).

Çocukların çalışma nedenleri Türkiye'nin sosyal, ekonomik ve kültürel sorunları ile yakından ilgilidir. Gelir dağılımında giderek artan adaletsizlik, yaygınlaşan yoksulluk, köyden kente hızlı göç ve bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ve ekonomik sorunlar, kaçak işçiliğin artması, çocuk emeğinin ucuz olması ve işverenin ucuz işgücünü tercih etmesi sonucunda çalışan ya da çalışma yaşamına zorlanan çocuk sorunu ortaya çıkmaktadır. Çocuklar, çocukluklarını yaşayacakları, eğitim görecekları yaşlarda, bu haklardan yoksun kalmakta; ekonomik istismar ve sağlıksız koşullarda çalıştırılmaları nedeniyle sağlık sorunları yaşayabilmektedirler. Çocukların küçük yaşlarda, uzun süre ve uygun olmayan çalışma koşullarına sahip işyerlerinde çalışmalarının gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (4).

Günümüzde pek çok ülkede çalışan milyolarca çocuk ailedeki iş bölümüne katılmaktan çok daha ciddi işgücü istismarı biçimleriyle karşılaşmaktadır. Endüstrileşme sürecinde geniş halk yığınlarının hazırlıksız olarak kırdan kente göçmeleri, kentlerde yoksul kitlelere yeterli geçim olanaklarının sağlanamaması ve etkili toplumsal hizmetlerin götürülememesi, çocukların aile dışındaki işgücüne artan oranlarda katılmalarıyla sonuçlanmıştır. Bu ise, aile korumasından da yoksun kalan, toplumsal haklarının bilincinde olmayan çocuk işgücünün, istismar edilme riskini giderek artırmıştır (102).

Türkiye'de gittikçe azalan çocuk işçiliği artık sona ermek üzeredir. Pek çok ilişkilendirilmiş çabanın sonucu olarak çalışan çocuk sayılarında önemli düşüşler gerçekleşmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ILO-IPEC'in "Çocuk İşçiliği İstatistik Bilgi ve İzleme Programı" (SIMPOC) desteğiyle 1994, 1999 ve 2006 yıllarında ulusal düzeyde üç defa "çocuk işgücü anket"i uygulanmıştır. Anketler ekonomik faaliyetlere katılan çocuklarla birlikte, aileleri hakkında da bilgi sunmuştur. TÜİK tarafından açıklanan veriler 2006 yılında 6-17 yaş grubunda 958.000 çocuğun bir ekonomik faaliyette bulunduğunu göstermektedir. Bu, 5-17 yaş nüfusu içinde % 5,9'luk bir oranı temsil etmektedir. 2006 yılında çalışan çocukların 392.000'i tarımda, 271.000'i sanayide, 294.000'i ise ticaret ve diğer hizmetlerde yer almıştır. Aile

çiftliklerinde, aile işletmeleri ya da dükkânlarında ücretsiz aile işçisi olarak çalışan çocuk sayısı da yarı yarıya azalmıştır (101, 103).

Öğrenim ve gelişme durumunda olan, boş zamanlarını oyunla ve kendilerini geliştirecek sosyal aktivitelerle geçirmeleri gerekli olan ancak tüm bu haklardan yararlanamadıkları gibi bir de çalışmak zorunda olan “Çalışan Çocuklar” okula gidememekte, yaşlarına göre ağır koşullarda ve sağlıksız ortamlarda çok uzun saatler (kırsalda haftada ortalama 45, kentlerde 30 saat) çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Bu çocuklar neredeyse boğaz tokluğuna ya da yürürlükteki asgarî ücretin de altında ücretle çalışmaktadırlar. İş yerlerinde yetersiz güvenlik koşulları, bilgi eksikliği ve bilinçsizlik nedeniyle uğradıkları kazalarda da ya sakat kalmakta ya da çocuk sayılacak yaşlarında hayatlarını kaybetmektedirler (104).

### **2.2.5 İhmal**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ihmal, çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin, çocuğun gelişimi için gerekli gereksinimlerinin karşılanmaması ya da bu gereksinimlerinin dikkate alınmamasıdır. Bu gereksinimler; sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma ve güvenli yaşam koşullarıdır. Ebeveyn ya da bakıcının çocuğa sahip olduğu kaynaklarla orantılı bir yaşama alanı sağlaması gerekir. Fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha göreceli olduğu için tanısı zordur. İhmal ve istismarı ayıran en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. İhmal, özellikle büyüme geriliği olan psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmektedir (105,106).

Çocuk ihmali çocuklara yapılan kötü muamelenin en yaygın şeklidir. Ne yazık ki ihmal, çocuk istismarı kadar görünür bir yara ve iz bırakmadığı için, istismar kadar çok dikkat çekmez ve çoğunlukla ihbar edilmez. Ancak araştırmalar ihmalin de en az istismar kadar zararlı olduğunu, özellikle çocuğun erken beyin gelişimine, fiziksel ve cinsel istismardan çok daha fazla zarar verdiğini göstermektedir.

İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından yapılan bir çalışmada 2000-2002 yılları arasında karara bağlanmış çocuk ölümlerinin 216'sının çocuk istismar ve ihmali sonucu gerçekleştiği, bunların da % 74.5'inin ihmal olarak ilk sırada yer aldığı, %13.9'unun ise fiziksel istismara bağlı olduğu bildirilmektedir (107). Sofuoğlu ve ark.

(2013) çalışmasında okula devam eden 11, 13, 16 yaş grubu çocukların %42.6'sının ihmale uğradığı belirlenmiştir (108).

Çocuk ihmali fiziksel, eğitimsel ve duygusal olmak üzere 3 ana başlıkta incelenebilir. Fiziksel ihmal; çocuğun temel tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması, önlenebilir rahatsızlıklardan korunmaması, ciddi bir sağlık sorununda acil ve doğru tıbbi yardımın aranmaması, çocuğun, bakacak yetkin kişiler bulunmadan ve uzun süreler boyunca yalnız bırakılması, çocuğun gece geç saatlere kadar nerede olduğunun bilinmemesi ve umursanmaması, düzenli ve besleyici öğünlerin, temiz ve yeterli giysinin sağlanmamasıdır (109).

Eğitimsel ihmal, çocuğun gelişimsel ve eğitimsel gereksinimlerinin tutarlı olarak karşılanmamasıdır. Örneğin; Çocuğun zorunlu yaşa gelmesine rağmen okula gönderilmemesi, 18 yaşın altında olmasına karşın çalışmaya zorlanması, okula devamlılığının sağlanmaması, okula devamsızlığının bilinmesine karşın müdahalede bulunulmaması, eğitimin başarısı için gerekli gereksinimlerinin ve desteğin sağlanmamasıdır.

Duygusal ihmal çocuğa yetersiz ilgi ve şefkat göstermek, çocuğun aile içi kötü muamele ve şiddete şahit olmasına izin vermek, alkol ve/veya uyuşturucu kullanmasına izin vermek, çocuğun suç işleme, aşırı saldırganlık gibi uyumsuz davranışlarına destek olmak ya da izin vermek, çocuğun duygusal ya da davranışsal sorununda gerek duyduğu profesyonel psikolojik desteği almasına engel olmak ya da geciktirmektir (110).

İhmale uğrayan çocuklarda davranışsal ve fiziksel göstergeler bulunabilir. Bu çocuklarda, aşırı zayıflamış görünüm ve sürekli açlık yakınması, kilo alımının düşük kalori alımına bağlı olarak azalması ya da durması, astım, diyabet, ciddi diş çürümelere vb. durumlarda yetersiz tıbbi bakım, yetersiz gözetim sonucu çocuğun tehlikeli durumlara karşılaşması (çocuğun sokakta bulunması, küçük çocuğun evde ya da arabada tek başına bırakılması vb), diğer tıbbi nedenler olmadan çocuğun yaşına göre beklenilenden daha düşük ya da düşmekte olan büyüme parametrelerinin olması, kötü hijyen ve mevsim koşullarına uygun olmayan giyim fiziksel göstergeler olarak sayılabilir. Davranışsal göstergeler ise ebeveyn ya da bakıcıya karşı normal bağlanma eksikliği çocuğun sıklıkla yorgun ve bitkin görünmesi, çocuğun yiyecek çalması, aşırı sevgi ihtiyacı sergileyen davranışlar, çocuğun evde ona bakım veren birinin olmadığını söylemesi, uygunsuz ebeveyn davranışlarının gözlemlenmesi olarak sayılabilir (111).

### **2.3. Çocuk istismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler**

Çocuk istismarının nedeni multifaktöriyel olup bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Birçok araştırmacı aile, çocuk ve çevre ile ilişkili risk faktörlerinin çocuk istismarının oluşumunda etkili olduğu görüşündedir. Çocuk istismarında etkili faktör vardır. Bunlar üç boyutta yer almaktadır (112).

#### **2.3.1 Çocukla İlgili Risk Faktörleri**

Çocuğun sahip olduğu bazı özellikler istismarı kolaylaştırmaktadır. İstismar genellikle her yaşta görülmekle beraber yaş küçüldükçe istismara uğrama olasılığı ve istismarın çocuk üzerindeki olumsuz etkileri artmaktadır. Çocukla ilgili risk faktörleri:

- Konjenital anomalili olmak
- Mental retardasyon
- Kronik bir hastalığa sahip olmak
- İstenmeyen bir evlilik sonucu doğmak
- Evlilik dışı doğmak
- Beklenen cinsiyette olmamak
- Hiperaktivite
- Özürlü çocuk
- Sürekli veya aşırı ağlayan çocuk
- Davranış bozukluğuna sahip olmak
- Başarısız bir okul hayatı
- Anti sosyal arkadaş grubu
- Çoğul gebelik sonrası doğum
- İkiz, üçüz çocuklardan biri olmak
- Yemek yemeyen iştahsız çocuk ya da aşırı iştahlı çocuk olmak
- Gece işemelerinin olmasıdır (enüresis nokturna) .

Bu risk faktörlerine sahip olsun olmasın her çocuğun bir yetişkin tarafından çeşitli boyutlarda istismara uğramasının temelinde, çocuğun kendisini istismarcı yetişkinden koruyacak ruhsal ve fiziksel özelliklere, güce sahip olmaması gelmektedir (107,111,113).

### 2.3.2 Aile İlgili Risk Faktörleri

Bazı anne-babaların çocuk istismarını uygulamada daha yatkın olduğu tespit edilmiştir. İstismarı uygulayan ebeveynler özellikle başa çıkma mekanizmalarının tükendiği kriz dönemlerinde istismar eylemini gerçekleştirirler. Çocuk istismarında, aile ile ilgili risk faktörleri:

- Çocuk istismarına uğramış ebeveynler
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Düşük eğitim düzeyi
- Tek ebeveyn
- Üvey ebeveyn
- Çok eşli olma
- Parçalanmış aile
- Geleneksel/ataerkil aile
- Mutsuz çocukluk geçirmiş olmaları
- Her türlü ruhsal sorun ve hastalıklar
- Duygusal açıdan olgunlaşmamış olmaları
- Anne ve/veya babada ciddi cinsel sorunlar ve anormal cinsel eğilimler
- Alkol ve/veya madde bağımlısı olmaları
- Üvey anne ya da üvey baba
- Küçük yaşta (20 yaşın altında) doğum yapan anne
- Sık aralıklarla doğum yapan anne
- Ana babanın beklentilerinin çocuğun gelişimi ile uygunsuzluğu
- İlgisiz, hoşgörüsüz ya da aşırı kaygılı olmalarıdır (92).

İstismarcı ebeveynler kendilerini değersiz ve sevilmeyen kişiler olarak görürler. Çoğu istismarcı yoğun aşağılık duyguları ve dürtü kontrol bozuklukları olan, kendini tutma ve yönetme becerisi geliştirememiş kişilerdir. Benmerkezci yapıdadırlar ve çevrelerindeki bireylerin yalnızca kendi gereksinimlerini karşılamak ile ilgili rolleri olduğu düşüncesindedirler. Sorunlardan kaçarak hazzı yaşamak eğiliminde olup hazza odaklanmışlardır. Çoğu zaman algılama, muhakeme etme, sebep ve sonuçları arasındaki ilişkiyi kurmakta güçlük çekmektedirler. İstismarcı anne-babalar genellikle kendi kişisel memnuniyetlerini çocuğunkinden üstün tutan, çocuğu gereksinimlerini karşılayacak bir

araç gibi gören, çocukla ilgili gerçekçi beklentileri olmayan, katı, duygularını kontrol edemeyen, ruh sağlığı bozuk, sosyal ilişkileri zayıf, tatminsiz kişilerdir (111).

Ev içinde eşlerden birinin diğerine zarar verecek davranışlarda bulunması; kendisine fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar uygulanan annenin çocuğuna da kötü muamele uygulamasına ve evde yaşayan çocukta davranış bozuklukları, gelişme geriliği oluşmasına yol açabilmektedir. Ayrıca ev içi şiddete tanık olan çocuk potansiyel istismarcı olabilmektedir (113).

### **2.3.3 Toplumla İlgili Risk Faktörleri**

Toplumsal etkenler doğrudan çocuk istismarına neden olabileceği gibi bazı durumlarda başlatıcı, sürdürücü, tetikleyici ve zemin hazırlayıcı olabilmektedir. Çocuğun içinde yaşadığı toplumda bulunan sosyal eşitsizlikler, yoksulluk, toplumda çocuğa değer verilmemesi, şiddete toleransın fazla olması, dayağın eğitim aracı olarak görülmesi, çocuk koruma için yasal yetersizlik ve savaş, afetler gibi olağan üstü durumlar istismar açısından risk faktörlerini oluşturmaktadır. Yoksulluk ve işsizliğin yaygın olduğu toplumlarda çocuklara yönelik şiddet ve istismar da artmaktadır. Kimsesiz çocuklar, güç koşullar altında yaşayan çocuklar cinsel istismara maruz kalmakta ve uyuşturucu madde kullanımına alıştırmaktadırlar. Çocuk istismarının önlenmesindeki en önemli öge konuya duyarlı toplumun varlığıdır. İstismar konusunda duyarsız olan toplumlarda istismar oranları artmakta ve çocuklar istismardan yeterince korunamamaktadır (114).

Başlıca toplumsal risk faktörleri:

- Çocuklarına yeteri kadar değer vermeyen toplumlar
- Kültürel normlar; kadın ve erkeklerin rolleri, ebeveyn-çocuk ilişkileri ve aile içi ilişkilerin gizliliği ile ilgili kültürel normlar, ailelerin tercihlerini belirleyen kültürel değerler ve ekonomik güçler
- Çocuk-aile politikalarının yetersiz olması
- Zayıf Sosyal Yardım Sistemleri; sosyal güvenlik sisteminin gücü, sosyal korumanın kapsamı, yaygınlığı ve ceza yaptırımının gücü açılarından iyi çalışmayan sistemler.
- Sosyal bağlantılar ve komşuluk ilişkilerinin düşük olduğu toplumlarda çocukların istismara uğrama olasılığı artmaktadır.

- İstismara uğrayan çocuğun saptanarak buna müdahale edecek koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı ve yaygınlığı konusundaki yetersizlikler
- Okul eğitimi ile ilgili istismar; kalabalık sınıf, sosyal baskı ve disiplin yöntemi olarak dayanın kabul gördüğü toplumda sürdürülen eğitim, eğitimcilerin, öğretmenin kişilik ve ruhsal yapısı ile ilgili sorunlar
- Yoksulluk
- Sosyal eşitsizlikler
- Şiddet olaylarının fazla görüldüğü ve şiddetin kolay kabul edilebilirliğin arttığı toplumlardır (115).

#### **2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi**

Bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarını önlemede diğer hastalıklarda olduğu gibi sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım izlemek gereklidir. Çocuk istismarının önlenmesinin tedavi edilmesinden daha kolay ve başarı oranının daha yüksek olması ve çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'i önlenebilir olması önleme çalışmalarının önemini göstermektedir (116). Bu önleme çalışmaları içerisinde özellikle; aile içi şiddetin önlenmesi, ebeveynlik becerileri, iletişim becerileri, sorun çözme becerileri, aile hukuğu ile ilgili konuları yer almalıdır. Ebeveynlerin iletişim içerisinde oldukları kurumlar, çocuk istismarını önleme çalışmaları içerisinde merkezi konumdadırlar. Bu kurumların başında ilköğretim okulları ve çocuk sağlık hizmetleri gelmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki; çocuk istismarı ve ihmalinin belirlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunda multidisipliner yaklaşım önemlidir (4). Birincil koruma şiddetin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik çalışmaları, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise şiddette maruz kalmış kişinin rehabilitasyon çabalarını kapsar.

##### **2.4.1. Primer Önleme**

Primer önleme çalışmaları bireylere yönelik olmaktan daha çok topluma yöneliktir. Halkı bilinçlendirme çalışmalarını, sağlık profesyonelleri ve öğretmenler gibi profesyonellerine yönelik eğitim çalışmalarını ve çocukların bilinçlendirilmelerine yönelik çalışmaları kapsar. İhmal ve istismarı tanımlama ve önlemeye yönelik halka ve meslek gruplarına eğitim verilmesi, ihmal, istismar risk gruplarının tanımlanması ve

belirlenmesi, bu gruplara çatışma ve stres yönetimi ile ilgili danışmanlık hizmetlerin sağlanması önemlidir (4).

Halkın bilinçlendirilmesi çalışmalarının amacı; sorun hakkında halkın bilinçlendirilmesi; sorun hakkında bilginin (kapsamı, nedenleri, sonuçları) artırılması; sorun ilgili tutum, değer ve davranışların değiştirilmesi ve sonuç olarak halkın konu ile farkındalığının artırılması ve bunun sürdürülmesidir (17).

Hukuksal reformların yapılması, kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti azaltacak yönde değiştirilmesi, Çocuk Hakları Sözleşmesi'ndeki çocuk haklarının ulusal yasalara entegre edilerek uygulanması, ekonomik eşitsizliklerin düzeltilmesine yönelik çalışmalar da primer önleme çalışmaları içerisinde kabul edilir. Çocuğa fiziksel, cinsel, duygusal istismar uygulayan kişiler halkın içinde çeşitli katmanlarda bulunmaktadır. İstirmacıların büyük oranda aile bireyleri, daha çok çekirdek aile içinde ve baba konumunda oldukları hemen tüm araştırma ve istatistiklerce doğrulanmaktadır. Daha önce anlatılan risk faktörleri de göz önüne alındığında önleme çalışmalarının bu kriterler üzerinde ve bölgelerde yönetilmesi gerekmektedir (117).

#### **2.4.2 Sekonder Önleme**

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesini, yüksek riskli grupların var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler planlanmasını ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasını içerir. Ayrıca mevcut ihmal ve istismarı vakalarını erken tanıma ve müdahale etmeyi, istismar olayı ortaya çıkarıldıktan sonra çocuğun tepkilerinin değerlendirilmesi, istismar sonrası aileye yaklaşım, gelecekte olabilecek istismara karşı çocuğun ve kardeşlerinin korunmasını kapsar (4). Aile Sağlığı Merkezleri ve okullarla işbirliği yapılarak, eğitim programları düzenlenebilir. Ayrıca ev ziyaretleri sırasında uygun gözlem ve veri toplama yöntemleri kullanılarak aile ve çocuk hakkında ayrıntılı bilgi elde edilebilir. Hemşirelere bu alanda büyük görev düşmektedir (118).

#### **2.4.3 Tersiyer Önleme**

Üçüncül önleme istismarın gerçekleşmesi durumunda oluşabilecek zararın hafifletilmesi, tekrarının önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu gibi çalışmaları



kapsar. Ruhsal ve fiziksel, hukuksal boyutlarda zor bir süreçtir. Aile ve çocuğun korunması ve oluşan travmanın en az zararla atlatılması için uygulanacak yöntem ve tedbirlerdir. Bu tedbirler içinde çocuğun rehabilitasyonu, ailenin ve çocuğun mahremiyetinin korunması, istismarcı ile çocuğun ilişkisinin kesilmesi ön planda ele alınmalıdır (119).

Çocuğun istismarla ilişkili tepkilerini kontrol altına alma, benlik saygısını arttırma ve olumlu benlik oluşturulmasına yönelik girişimlerde bulunmayı kapsamaktadır (4). Çocuk istismarı ve ihmali olayında acil müdahale ederek çocuk ve aile ile ilk görüşmeyi yapacak, travma sonrasında 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek önlemlerin alınmasını sağlayacak, çocuk ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi tedavi ve rehabilite etmeye yönelik çalışmaları yürütülebilecek merkezlere gereksinim duyulmaktadır. Yataklı ve ayakta rehabilitasyon hizmeti verebilecek bu merkezlerde çocuk ihmal ve istismarının rehabilitasyonu konusunda uzman personelin bulunması gerekmektedir. Türkiye’de Çocuk ve Gençlik Merkezleri (ÇOGEM) ve Çocuk izlem merkezleri (ÇİM) bu amaçla kurulmuştur. ÇOGEM özellikle, 1990’lı yıllarda nicelik olarak toplumsal vicdanı ve huzuru rahatsız edecek boyutlara ulaşan “sokak çocukları” sorununun çözüm yollarından birisi olarak algılanarak ortaya çıkmış ve 1997 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanununa ek maddeyle geliştirilen kamu politikalarından birisi olmuştur. Kanunda ÇOGEM’ler, eşler arası anlaşmazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksulluk, terk ve benzeri nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlikelere karşı savunmasız kalan veya sokakta çalışan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacıyla kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşları olarak tanımlanmıştır. ÇOGEM aynı zamanda multidisipliner bir yaklaşımla ve diğer meslek gruplarının de katkıları ile bir ekip çalışmasıyla soruna müdahale edilmelidir. Burada en önemli sorumluluk hemşireye düşmektedir (120,121).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuğa yönelik kötü muamelenin tespiti, sekonder zararın meydana gelmemesi ve yeterli önlemlerin alınabilmesi için yeni merkezlere ihtiyaç duyulmuştur. Başbakanlık tarafından hazırlanarak 4 Ekim 2012 tarih ve 28431 Sayı ile Resmî Gazete yayımlanarak yürürlüğe giren genelge ile çocuk izlem merkezlerinin kurulması yasalaşmıştır. ÇİM’lerinin kurulma amacı; “Çocuk

istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkili bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla, öncelikli olarak cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini asgariye indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitimli kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini temin etmek üzere; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde ÇİM'lerin kurulması ve bu merkezlerin işleyişinin Sağlık Bakanlığınca koordine edilmesi gerekli görülmüştür, şeklinde özetlenmiştir. Pilot uygulama olarak ilk defa Ankara'da açılmış bulunan ÇİM, ilgili kurumların da katılımı ile faaliyetlerin başlamıştır. Kayseri, Samsun, Gaziantep uygulamalarından sonra Elazığ'da ÇİM kurulmuş ve Nisan 2013 tarihinde Cumhuriyet savcısı, adli tıp uzmanı, adli görüşmeci, psikolog, avukat, sosyal hizmet uzmanı ile faaliyetlerine başlamıştır. ÇİM'lerin zaman içerisinde ülke genelinde yaygınlaştırılması hedeflenmektedir (122).

Hukuksal süreç ise oldukça yıpratıcıdır ve istismar bulguları kesin kanıtlanacak yeterlilikte değilse istismarcıya radikal bir yaptırım uygulanamayacaktır. Aile içi cinsel istismarlarda ise planlı ve bilinçli hareket etmek çok önemlidir. Burada en önemli konu çocuğun en az örseleneceği yolu izlemek olmalıdır. Bu da ailenin yapısına, çocuğun yaşına, alınacak tedbirlerin çocuğu nasıl etkileyeceğine bağlı olarak her vaka için farklı uygulamalar getirmektedir.

## **2.5. Çocuk Hakları**

### **2.5.1 Tanım ve Tarihçe**

Hak kavramı özgürlüklerden daha geniş bir alanı kapsar. Hak, insanın bir davranış ya da eylemde bulunabilme, bir davranış ya da eylemden korunma ve bir olanak ya da koşuldan yararlanma yetkisidir. Hak, üç şeyden doğar: özgürlüklerden, yasaklardan ve insanın bir olanaktan yararlanma istemindedir. İnsan hakları ayırım gözetmeksizin büyük, küçük tüm insanlar için geçerlidir; ama zamanla toplumdaki bazı grupların haklarını koruyan özel düzenlemelerin de yapılması gerekmiştir. Çocuk hakları, dünya üzerindeki tüm çocukların (din, dil, ırk, cinsiyet, milliyet, mülkiyet, siyasi ve sosyal sınıf ayrımı yapılmaksızın), kanunen ve ahlaki olarak doğuştan sahip oldukları eğitim, sağlık, barınma, her türlü istismara karşı korunma vb. haklarının;

fiziksel, zihinsel, ahlaki, ruhsal, toplumsal bağlamda sağlıklı normal koşullar altında özgür ve onurlarını zedelemeyecek şekilde sağlanmasını içeren evrensel bir kavramdır.

Eski Roma'da baba suç işleyen, kötü davranışları olan çocukları yargılama ve cezalandırma yetkisine sahipti. Çocuğunu suçlu bulursa dövebilir, hapsedebilir ya da öldürebilirdi. MS 6. yy'da çocuk yetiştirme anne ve babanın görevi olarak görülmüş; babaların sadece eğitim amaçlı cezalar vermesi kabul edilmişti. Çocukluk tarihi çalışmalarının öncüsü sayılan Aries'e göre 1600'lere kadar ayrı bir çocukluk kavramı yoktu. Ortaçağda çocukların temel ihtiyaçları giderilse de özel bir ilgiyle korunmazlardı. Çünkü çocuğu yetişkinlerden ayıran özellikler bilinmezdi. Bu nedenle çocukların kendilerine özgü giysileri, besinleri, oyunları, oyuncakları yoktu. 15. yüzyılın sonlarında İspanyol filozof Vives tarafından çocukların korunmasına ilişkin eğitim ile ilgili ilkeler ortaya atılmıştır. İsviçreli eğitimci Pestalozzi ise 18. Yüzyılın sonlarında fakir çocukların sefaleti ve eğitimsizlikleri sorununa değinerek çocukların anne baba tarafından eğitilmelerinin önemi üzerinde durmuş, onun bu fikirleri İsviçre Medeni Kanununa geniş ölçüde yansımıştır. 19. yüzyılda Dr. Budin'in, annenin ve çocuğun korunmasına ilişkin fikirleri göze çarpmaktadır. New York'ta 1873'de çıkarılan "Çocuk Emeği ve Eğitim Kanunu" ile sanayi iş kolunda 10 yaş altı çocukların çalışması yasaklandı. 1886'da çıkan "Fabrika Kanunu" ile 13 yaş altındaki çocukların fabrikalarda çalışması yasaklandı. Dünyada ilk çocuk mahkemesi ABD'de 1878'de; Avrupa'daki ilk çocuk mahkemesi ise İngiltere'de 1905'te kurulmuştur. Portekiz'de 1911'de, Japonya'da 1923'te, Yunanistan'da 1939'da kuruldu. Türkiye ise bu konudaki çalışmalarına 1945'te başlamış, ancak ilk çocuk mahkemesi 1987'de kurulabilmiştir (29).

Çocuk hakları da çocukların özel ihtiyaçlarını karşılamak için ayrı bir sözleşmeyle koruma altına alınmıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndaki yaşanan çocuk kıyımlarının ardından, çocukların işgüçlerinin ve cinselliklerinin sömürülmesi artmış ve bu gibi tehlikelere karşı uluslararası toplum harekete geçirmiştir. Birleşmiş Milletler'in öncülüğünde çocuk ticaretine, çocukların köleleştirilmesine, küçük yaşta evlendirilmesine, evlat edinmenin kötüye kullanılmasına, vatansızlığa, eğitimde aşağılanmaya, evlilik dışı çocuklara ayrımcılık yapılmasına ve ceza yargılamasında çocuk yapısına uygun düşmeyen uygulamalara karşı bir dizi karar çıkarılmıştır. Birleşmiş Milletler'in Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi, 1989 yılında kabul edilmiş ve birçok

ülke bunu imzalamıştır. Günümüzde bu sözleşmeyi onaylamayan iki ülke ABD ve Somali'dir. Türkiye, üç maddesine çekince koysa da, 1990 yılında bu sözleşmeyi imzalamış, 1995 yılında da uygulamaya başlamıştır. Türkiye'nin bu sözleşmeyi onaylamış olması, ülkemizdeki bütün çocukların bu hakları kullanabileceği anlamına gelmektedir. Yetişkinler ve hükümetler, çocuk haklarının bilinmesini sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca çocuk olarak haklarının yasalarca tanınması ve korunması, hakların ihlal edildiğinde yargıya başvurulabileceği anlamına gelmektedir (123).

### **2.5.2 Türkiye'de Çocuk Haklarının Gelişimi**

Türkiye nüfusu giderek yaşlanmakta olan bir nüfus yapısına sahip olmakla birlikte, Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında genç bir nüfusa sahiptir. Türkiye nüfusunun %41,1'ini çocuk ve gençler oluşturmaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2013 verilerine göre; çocuk nüfus olarak tanımlanan "0-18" yaş grubunun toplam nüfus içindeki payının %29,7'ini oluşturmaktadır (126) . Türkiye'de çocuk haklarına ilişkin ilk çalışmalara 20. yüzyılın başlarında rastlanmaktadır. Osmanlı Devleti, sokak çocuklarının eğitim ve tedavisi için 1903'de Dar'ül hayr-ı Ali, 1914'de daha çok savaşlar sonucu kimsesiz kalan çocukların bakımı ve eğitimi için Dar'ül eytam adında kurumlar kurulmuştur. Savaş yüzünden kimsesiz kalan çocukların korunması, bakımı ve eğitimi amacıyla Türkiye genelinde 30 Haziran 1921 yılında Çocuk Esirgeme Kurumu (Himaye-i Etfal Cemiyeti) kurulmuş, 17 Şubat 1926'da Türk Medeni Kanununda çocuk haklarına ilişkin hükümlere yer verilmiştir. 11.12.1928'de Cenevre Çocuk Hakları Bildirisinin Atatürk tarafından imzalanması ise Türkiye açısından önemli bir gelişme olarak ortaya çıkmıştır. 1929'da Türk Ocağı'nın örgütlediği 4 bin çocuk ilk kez Türkiye Büyük Millet Meclisi'nden (TBMM) bazı haklar talep etmiştir: "Her çocuğa okul, çocukları dövenlere ve işkence edenlere karşı kanun çıkmasını, sokaklarda yatan çocuklara çatı, zengin-fakir her çocuk için izci teşkilatı istemişlerdir. 20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeyi Türkiye, 29-30 Eylül 1990'da imzalayıp, 9 Eylül 1994 tarihinde onaylanmıştır. Sözleşme 27 Ocak 1995'de Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (123.124.125).

### **2.5.3 Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler**

Çocuk haklarından söz eden uluslararası metinler iki ana grupta incelenmektedir. Bunlardan birincisi hukuki yönden bağlayıcılığı olmayan uluslar arası bildiriler, ikincisi ise hukuki yönden bağlayıcılığı olan uluslar arası sözleşmelerdir (117).

#### **2.5.3.1 Çocuk Hakları ile İlgili Uluslararası Bildirgeler**

##### **2.5.3.1.1 Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi**

Çocuk hakları konusunda ilk bildiri 1923 yılında Eglantyne Jebb tarafından taslağı hazırlanan ve savaşların yarattığı olumsuzlukların ortadan kaldırılması ve insanlığın barış ve huzurlu bir dünyada yaşamak isteği sonucu kurulan Milletler Cemiyeti tarafından 26 Eylül 1924’de kabul edilen Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi’dir. Bu bildiri bir önsöz ve beş ilkeden oluşmaktadır. Milletler cemiyetine üye olan ülkelerin ve Atatürk’ün de onayladığı bu bildirmede “Dünyadaki bütün çocuklara asgari bir ihtimam gösterilmelidir” ilkesi esas alınmıştır.

Cenevre Çocuk Hakları Bildirisinin 5 Ana İlkesi:

1. Çocuk beden ve ruhen doğal biçimde gelişmesine olanak sağlayan koşullar içinde bulundurulmalıdır.
2. Acıkan çocuk beslenmeli, hasta çocuk tedavi edilmeli, fikren geri kalmış çocuk eğitilmeli, yoldan çıkmış çocuk doğru yola getirilmeli, terk edilmiş çocuk korunmalıdır.
3. Herhangi bir felaket anında yardım, öncelikle çocuğa yapılmalıdır.
4. Çocuk hayatını kazanabilecek hale getirilmelidir ve her türlü istismara karşı korunmalıdır.
5. Çocuk yeteneklerini hemcinslerinin hizmetine adayacak bir ruh ve düşünce içinde yetiştirilmelidir (127).

##### **2.5.3.1.2 İnsan Hakları Evrensel Bildirisi**

Birleşmiş Milletler Örgütü kurulduktan sonra Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 217 sayılı kararı ile 10 Aralık 1948’de “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi” kabul edilmiştir. Bu bildirin 25. maddesinin 2. fıkrasında "Ana ve çocuklar özel bakım ve yardım görme hakkına sahiptir. Bütün çocuklar, evlilik içi ya da dışı doğmuş

olmalarına bakılmaksızın aynı sosyal korumadan yararlanırlar." hükmüne yer verilmiş ve 26. maddede de çocuk–erişkin ayırımı yapılmamış olmakla birlikte, eğitim görme hakkı düzenlenmiştir. Bu maddenin 3. fıkrasında çocuğu korumaya yönelik olarak ana babanın, "çocuklarına verilecek eğitim türünü seçmede öncelikle hak sahibi" oldukları vurgulanmıştır (117).

### **2.5.3.1.3 Çocuk Hakları Bildirgesi**

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda 20 Kasım 1959'da Çocuk Hakları Evrensel Bildirisi'ni oybirliğiyle kabul etmiştir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi on ilkedен oluşmuştur:

İlke 1: Çocuk, bu bildirmede öne sürülen haklardan yararlanır. Her çocuk, kendisinin ya da ailesinin ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka bir görüş, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuş ve başka bir statü bakımından herhangi bir ayırım yapılmaksızın bu haklara sahiptir.

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

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

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

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

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

İlke 7: Çocuğun, en azından ilköğretim aşamasında ücretsiz ve zorunlu bir eğitim almaya hakkı vardır. Çocuğa genel kültürünü geliştirmeye yarayacak ve eşitlik temeli üzerinde yeteneklerini, yargı gücünü, manevi ve toplumsal sorumluluk duygusunu geliştirmesine ve yararlı bir toplum üyesi olmasına olanak sağlayacak bir eğitim verilir. Çocuğun eğitiminden ve rehberliğinden sorumlu olanlar için yol gösterici ilke, çocuğun yararlıdır. Bu sorumluluk önce ana-babasınıdır. Çocuk, eğitimle aynı amaçlara yönelik oyun ve eğlenme konusunda tüm olanaklarla donatılır; toplum ve kamu makamları çocuğun bu haktan yararlanma olanaklarını artırmaya çaba gösterir.

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

İlke 9: Çocuk, her türlü ihmal, zulüm ve sömürüye karşı korunur. Çocuk, her ne biçimde olursa olsun alım satım konusu olamaz. Çocuğun uygun bir yaş sınırına ulaşmadan önce çalışmasına izin verilemez; hiçbir durumda sağlık ve eğitime zarar verecek ve bedensel, zihinsel ya da ruhsal gelişmesine engel bir işte çalışmasına yol açılıp izin verilemez.

İlke 10: Çocuk ırk, din ve başka herhangi bir ayrımcılığı besleyen uygulamalardan korunur. Anlayış, hoşgörü ve haklar arasında dostluk, barış ve evrensel kardeşlik ruhuyla, güç ve yetkilerini insanlığın hizmetine sunması gerektiği bilinciyle yetiştirilir (127).

### **2.5.3.2 Çocuk Hakları ile İlgili Uluslararası Sözleşmeler**

Çocuk haklarının hukuki yönden bağlayıcı olarak korunma altına alınması, ülkeler tarafından imzalanan sözleşmeler ile mümkün kılınmıştır. Bu noktada imzalanan uluslararası sözleşmeler, Çocuk Hakları Sözleşmesi, Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi, Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara karşı korunması sözleşmesi'dir (117).

#### **2.5.3.2.1 Çocuk Hakları Sözleşmesi**

20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini oy birliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan sözleşme, aynı gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır. 2 Eylül 1990'da 20 ülke tarafından onaylanarak uluslararası bir yasa gücüyle yürürlüğe girmiştir. Çocuk Hakları

Sözleşmesinde ilk kez çocuk ihmal ve istismarının önlenmesine ilişkin hükümlere yer verilmiştir.

Çocuk İhmal ve İstismarının önlenmesine ilişkin maddeler;

Madde 6:

Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

Madde 11:

Taraf Devletler, çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılıp geri döndürülmemesi halleriyle mücadele için önlemler alırlar.

Bu amaçla Taraf Devletler iki ya da çok taraflı anlaşmalar yapılmasını ya da mevcut anlaşmalara katılmayı teşvik ederler.

Madde 16:

Hiçbir çocuğun özel yaşantısına, aile, konut ve iletişimine keyfi ya da haksız bir biçimde müdahale yapılamayacağı gibi, onur ve itibarına da haksız olarak saldırılamaz.

Çocuğun bu tür müdahale ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

Madde 19:

1. Bu sözleşmeye taraf devletler, çocuğun ana–babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi ya da vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da 55 ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

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

Madde 20:

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



Madde 24:

Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler.

Madde 25:

Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alma, bedensel ya da ruhsal tedavi amaçlarıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Madde 27:

Taraf Devletler, her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğunu kabul ederler.

Madde 28:

Taraf Devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde tedricen gerçekteştirilmesi görüşüyle özellikle.

Madde 31:

Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, çocuğun kültürel ve sanatsal yaşama tam olarak katılma hakkını saygı duyarak tanırlar ve özendirirler ve çocuklar için, boş zamanı değerlendirmeye, dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

Madde 32:

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

Madde 33:

Taraf Devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuruşucu ve psikotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla,

yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

Madde 34:

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

- a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;
- b) Çocukların fuhuş ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulmasıyla sömürülmesini;
- c) Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Madde 35:

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

Madde 37.

Taraf Devletler aşağıdaki hususları sağlarlar:

Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tâbi tutulmayacaktır. Onsekiz yaşından küçük olanlara, işledikleri suçlar nedeniyle idam cezası verilemeyeceği gibi salıverilme koşulu bulunmayan ömür boyu hapis cezası da verilmeyecektir.

Madde 38:

Taraf Devletler, silahlı çatışma halinde kendilerine uygulanabilir olan uluslararası hukukun, çocukları da kapsayan insani kurallarına uymak ve uyulmasını sağlamak yükümlülüğünü üstlenirler. Dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

Madde 39:

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

tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünüleştirme, çocuğın sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir (128).

#### **2.5.3.2.2 Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi**

Sözleşme 25 Ocak 1996 tarihinde Strasbourg'da imzalanmış ve 21. maddeye uygun olarak 1 Temmuz 2000 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye sözleşmeyi 9 Haziran 1999 tarihinde imzalamış ve 18 Ocak 2001 tarihinde onaylamış, ek protokolleri de imzalayarak yürürlüğe koymuştur. 4620 Sayılı Onay Kanunu 1 Şubat 2001 gün ve 24305 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

Sözleşmede, çocukların birey ve insan olarak haklarının korunması için, adli bir makam önünde kendilerini ilgilendiren davalarda usul hukukuna ilişkin haklar tanınması, bu hakların bizzat kendileri veya temsilcileri ya da kurumlar aracılığı ile kullanılmasının kolaylaştırılması konularında hükümler yer almaktadır.

Sözleşme, çocukların adli bir merci önünde boşanma davaları, ayrılık davaları, çocukların velayetine ilişkin davalar, ebeveynle çocuk arasında kişisel ilişki kurulması, babalığın mahkeme kararı ile kurulmasına ilişkin davalar gibi kendilerini etkileyen aile hukuku davalarına katılmak, tercih ve görüşlerini açıklamak ve bilgilendirmek olanağı tanınmak ve görüş ve arzuları da dikkate alınmak suretiyle çocuğın en fazla yararına olabilecek çözümlerin bulunması amacına yönelik hükümler içermektedir (129).

#### **2.5.3.2.3 Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi**

25/10/2007 tarihinde Lanzarote'de imzalanan "Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi", Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından 25.11.2010 tarih ve 6084 sayılı yasa ile onaylanmıştır. 10 Eylül 2011 tarih, 28050 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme ile çocukların cinsel sömürüsü ve istismarını engellemek ve bunlarla mücadele etmek, cinsel sömürü ve istismara maruz çocuk mağdurların haklarını korumak ve çocukların cinsel sömürü ve istismarına karşı ulusal ve uluslararası işbirliği geliştirmesi amaçlanmıştır. Bu sözleşme ile taraflardan her birinin, çocukların cinsel sömürü ve istismarının her türünü engellemek ve çocukları korumak için gereken yasal ve diğer tedbirleri alması gerekmektedir ( Bölüm 2- Madde 4 ).

Bu kapsamda taraflardan her biri:

- \*Çocuklarla ilişki içinde çalışan kişilerin işe alımı, eğitimi ve bilinçlendirilmesi,
- \*Çocukların ilk ve orta öğretimde gelişen kapasitelerine uygun olarak cinsel sömürü ve istismar risklerine ve kendilerini koruma yollarına ilişkin bilgilendirilmesi,
- \*Cinsel istismara karşı önleyici tedbirlerin alınması,
- \*Cinsel sömürü ve istismara karşı medya, devlet politikaları ve diğer girişim ve programların geliştirilmesi ve uygulanması ve buna çocukların da katılımının sağlanması,
- \*Koruyucu tedbirler, mağdurların multidisipliner rehabilitasyonu,
- \*Mağdurların yasal yardım almalarının sağlanması,
- \*Gizlilik ve anonimliğe saygı çerçevesinde yardım hatlarının, sivil toplum kuruluşlarının desteğinin sağlanması,
- \*Tedavi olanaklarının kullanılması,
- \*Müdahale ve tedbir ile ilgili programların uygulanması için gerekli tedbirleri alınması.
- \*Faillerin ceza hukuku uyarınca gerekli cezaları almasının sağlanması için gerekli tedbirleri alır (130).

## **2.6. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali**

### **2.6.1 Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında Çocuk İstismarı ve İhmali**

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda (1982) ailenin ve çocuğun korunması Anayasa güvencesindedir. Türk toplumunun temeli sayılan ve eşler arasında eşitliğe dayanan ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunmasını ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alma ve teşkilâtı kurma görevi devlete verilmiştir

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasındaki çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili maddeler:

Bölüm 3 - I / Ailenin Korunması ve Çocuk Hakları:

Madde 41: Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile

planlanmasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.

(Ek fıkra 12/9/2010- 5882/4 md.): Her çocuk korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir.

Bölüm 3 - II / Eğitim ve Öğrenim Hakkı ve Ödevi:

Madde 42: Kimse, eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz. Öğrenim hakkının kapsamı kanunla tespit edilir ve düzenlenir. Eğitim ve öğretim, Atatürk ilkeleri ve inkılapları doğrultusunda, çağdaş bilim ve eğitim esaslarına göre, Devletin gözetim ve denetimi altında yapılır. Bu esaslara aykırı eğitim ve öğretim yerleri açılmaz.

Eğitim ve öğretim hürriyeti, Anayasaya sadakat borcunu ortadan kaldırmaz.

İlköğretim, kız ve erkek bütün vatandaşlar için zorunludur ve Devlet okullarında parasızdır.

Bölüm 3 - V/ Çalışma ile ilgili hükümler/ B- Çalışma şartları ve dinlenme hakkı

Madde 50: Kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar.

(Ek fıkra 12/9/2010-5982/4 md.): Devlet her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır (131).

## **2.6.2 Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çocuk hakları ve çocuk haklarının korunmasına dair düzenlemeler Türk Hukuk Sisteminde tek bir çatı altında toplanmamıştır. Oldukça dağınık ve çeşitlidir. Çocukların korunmasına ilişkin kurallar başta Anayasa'da yer alan temel ilkelerle düzenlenmiştir. Çocuğun bir kişi olarak toplum içindeki statüsü 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK) (2001) ile belirlenir. Çocuk haklarının ihlali ve istismar halinde yargılama usulleri 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (2004); uygulanacak yaptırımlar 5237 Sayılı Türk Ceza Kanununda (TCK) (2004) yer almaktadır. İhmalin önlenmesi ve olumsuz sonuçlarının ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (SHÇEKK) (1983); 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) (2005); 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (AKKYŞÖDK) (2012); 4787 Aile Mahkemelerinin

Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun (AMKGYUK), (2003); 4857 Sayılı İş Kanunu (İK) (2003); 5187 Sayılı Basın Kanunu (BK) (2004); 1117 Sayılı Küçükleri Muzır Neşriyattan Koruma Kanunu (KMNKK) (1927, 1988); 6352 Sayılı İcra İflas Kanunu (İİK) (2013); 222 Sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu (İEK), 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu (METK), 6528 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (01.03.2014) ve çeşitli diğer yasa ve yönetmeliklerde yer almaktadır (132,133).

### **2.6.2.1 Türk Medeni Kanunu (TMK).**

Çocuğun bir kişi olarak toplum içindeki statüsü Medeni Kanunla belirlenir. 17 şubat 1926 tarihli ve 743 sayılı “Türk Kanunu Medenisi” çocuğu koruyucu kurallar içermekteydi. Bu kanun 75 yıl yürürlükte kaldıktan sonra 2001 yılında kabul edilen 22.11.2001 tarih, 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu ile yürürlükten kaldırılmış ve yeni kanun 1 Ocak 2002’de yürürlüğe girmiştir Yeni Türk Medeni Kanunu da çocuğa aile içinde özel bir önem vermiş, koruyucu hükümler koymuştur. Yeni Medenî Kanunla; Çocuk Hukuku alanında reform niteliğinde değişiklikler yapılmış ve daha önce bir çok batı ülkesinde olduğu gibi; evlilik içinde doğan çocuk ile evlilik dışında doğan çocuk arasındaki ayırım büyük oranda kaldırılarak, bütün çocuklar açısından mümkün olduğunca ortak hükümler öngörülmüştür. Buna ek olarak evlilik yaşı cinsiyet ayrımı kaldırılarak yeniden düzenlenmiş, çocuğun hakları uluslararası sözleşmelerle uyumlu hale getirilecek şekilde yeni düzenlemeler yapılmıştır.

4271 Sayılı TMK’nda çocuğu koruma önlemleri belli koşullara bağlanmaktadır. Asıl olarak aile içinde korunması ilke olarak kabul edilen kanunda, hangi koşullarda devlet korumasına alınacağı düzenlenmektedir. Buna göre 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. Özellikle çocuğun ailesi tarafından istismar edildiği durumlarda ailenin yanından alınarak kuruma yerleştirilmesi bir zorunluluk olmaktadır. Aksine, çocuğun aile içinde kalması ailenin huzurunu onlardan katlanmaları beklenemeyecek derecede bozuyorsa ve durumun gereklerine göre başka çare de kalmamışsa, ana ve baba veya çocuğun istemi üzerine hâkim aynı önlemleri alabilir. Velâyet ana ve babanın her ikisinden kaldırılırsa çocuğa bir vasi atanır (m.346 -347-348).

Türk Medeni Kanunu çocuğun korunmasında evlilik içi-dışı ayrımını kaldırması ve kişisel ilişki kurma gibi uluslararası sözleşmelerde verilen hakkın mevzuata eklenmesi ile daha çağdaş ve uluslararası hukukla daha uyumlu hale getirilmiştir (132,133).

### **2.6.2.2 Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK).**

Ceza Muhakemesi kanuna göre tutuklama ve tutuklu yargılanma için belli koşulların oluşması gerekmektedir (m.100/1). Cinsel saldırı (birinci fıkra hariç, TCK m.102) ve çocukların cinsel istismarı (TCK m.103) ile ilgili suçlarda kuvvetli şüphe olması tutuklama nedeni sayılmaktadır. Kanun çocuklara yönelik olarak işlenen cinsel saldırı ve çocukların cinsel istismarı suçlarını bir tutuklama nedeni olarak sayarken daha sonra TCK'yı incelerken görüleceği gibi çocuklara yönelik işlenen suçlarda cezalarda da bir artırıma gidilmiştir. Bu yaklaşım çocuğun vücut bütünlüğüne karşı işlenen suçlarda cezayı artırarak caydırıcılığı sağlamayı amaçlaması açısından olumlu görülmektedir.

Ceza Muhakemesi Kanunu açısından ele alınması gereken diğer bir yön delillerin toplanması sürecinde çocuğun korunmasıdır. İşlenen suçun etkisiyle psikolojisi bozulmuş çocuk veya mağdur, bu suça ilişkin soruşturma veya kovuşturmada tanık olarak bir kez dinlenebilmesi (m.236/2); ifade verilme sırasında ifadesinin kayıt edilmesi; mağdur çocukların veya işlenen suçun etkisiyle psikolojisi bozulmuş olan diğer mağdurların tanık olarak dinlenmesi sırasında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanında uzman bir kişi bulundurulması ve bilirkişi (m.236/3) görevlendirilmesi çağdaş psikoloji gerekleriyle uyumludur. Getirilen uygulamalarla istismara uğramış çocuğun profesyonel yardım alması zorunluluk haline getirilmiştir. Ayrıca mağdur veya suçtan zarar görenin çocuk, işitme ve konuşma engelli veya kendisini savunamayacak derecede zihinsel özürlü olması halinde avukat görevlendirilmesi için istem aranmaz denilerek avukat bulundurulma zorunluluğu getirilmiştir (m.239/2). Bu hüküm, haklarının kullanılmasında gereken hukuki desteğin sağlanmasında çocuklar ve engelliler gibi güçsüzlerin korunması açısından yararlı bir uygulamadır. Tüm bu anılan hükümler gerek istismara uğrayan çocuğun hakkının yasal ortamda savunulması gerekse bu süreçte daha fazla örselenmemesi açısından olumlu uygulamalardır (132,133).

### 2.6.2.3 Türk Ceza Kanunu (TCK).

Türk Ceza Kanununda çocuk mağdur olan ve suçu işleyen olarak iki ayrı biçimde korunmaktadır. Ayrıca yaşlar açısından bakıldığında 12 yaş altındaki çocukların cezai sorunluluğu olmadığı için, çocukların yaşları (12 yaş altı, 12-15 yaş ve 15-18 yaşlar gibi) farklı uygulamalara yer verilmektedir. Özellikle çocuklara yönelik işlenen suçlarda ağırlaştırıcı hükümler söz konusu olurken, yaş küçüklüğü nedeniyle suç işleyen çocuklara yönelik koruyucu tedbirler ve ceza indirimleri öngörülmüştür.

Suçun Mağduru Olarak TCK'da Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Hükümler: Ailenin çocuklara göstermesi gereken özeni göstermemeleri çocuk ihmali kapsamına girmektedir. Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu anne baba veya çocuğa bakmakla görevli kimsenin çocuğun yaralanmasına veya ölmesine neden olması Türk Ceza Kanununda suç sayılmaktadır. İhmal sonucu istemeyerek kaza ile zarar gören çocuklara bakmakla yükümlü olan bu kişilerle ilgili açılan davalar, bu kişilerin mahkum olması sonucu diğer aile fertlerinin yaşayacağı zorluklar ve aile içindeki kaos göz önüne alınarak çoğu zaman beraat kararı ile sonuçlanmaktadır. Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişiler kanuna göre şikayet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (m. 233/1). Ancak, çocukların zarar gördüğü pek çok durumda hakim şikayet şartı aranmaksızın direkt müdahale ederken bakım, eğitim ve destek olma yükümlülüğünde şikayet şartı aranması bu maddeyi nispeten etkisizleştirmektedir. Çocukların ihmali açısından ele alınabilecek bu sorun, çocukların bunu talep edecek yaşta ve bilinç düzeyinde olmamaları, diğer hakların bilincinde olmalarına olanak sağlayan eğitim hakkından yoksun kalmaları nedeniyle sahip oldukları haklarını bilmiyor olmaları, aile mahremiyeti nedeniyle yakın çevrenin şikayet olasılığının düşük olması ya da kültürel olarak gereksiz bulunması gibi sebepler dikkate alınırca, şikayet şartı aranması yerine bildirim ya da tespitle direkt müdahalenin daha doğru bir yaklaşım olacağı düşünülebilir. Ayrıca cezanın azlığı caydırıcı olmaktan uzaktır. Zira TCK'na göre iki yıldan az hapis cezaları para cezasına çevrilmektedir.

TCK'da aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse cezalandırılmaktadır. İdaresi altında bulunan veya büyütme, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan



kişiyeye ceza öngörülmesi (m.232/1) özellikle zayıf konumda bulunan kadınların ve çocukların şiddetten korunması amacıyla konulmuş yasa hükümleridir.

TCK'nda suç olarak sayılan diğere pek çok eylemde (kasten adam öldürme, yaralama, kötü muamele, insanlık onuru ile bağdaşmayacak muamele, dilencilik, bilimsel araştırmalarda denek olarak kullanılmama gibi) çocuklara karşı işlenen suçlarda ağırlaştırıcı hükümler bulunmakta ve çocuklar şiddetin her türünden kanun gücüyle korunmaktadırlar.

Yine TCK'nda çocuklara müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri vermek ya da bunların içeriğini göstermek (m.226) ve çocuğun fuhşa zorlanması (m.228), Çocukların Satılmaları, Çocuk Fuhşu ve Pornografisi Konusundaki İsteğe Bağlı Protokol ile uyumlu olarak yasaklanmıştır. Kanun koyucu, çocuğa yönelik cinsel istismarı geniş olarak düzenlemiştir. TCK'ya göre, 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, 15-18 yaş arası çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar suç olarak tanımlanmıştır. Suçun sonucunda mağdurun beden ya da ruh sağlığının bozulması halinde, 15 yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur (m.103-108). Sorunu hem hukuk hem tıp açısından değerlendiren uzmanlarına göre, cinsel tacize veya istismara uğrayan kişinin ilk muayenesi tam teşekküllü bir yerde yapılmalıdır. Bazı durumlarda bulguların eksikliğinden dolayı, taciz ve istismar varsa bile cinsel suçun tespit edilemediği belirtilmektedir (Dokgöz, Süner, Bütün, 2005, 366). Mağdurun prosedür gereği, muayenesi sürecinde psikolojik bir muayenenin ihmal edildiği belirtilmektedir. Buna ek olarak beden ve ruh sağlığının bozulması durumu tüm vakalar için geçerli olmalıdır ve ayrı bir şart olarak aranmamalıdır.

Suçun Faili Olarak TCK'da Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Hükümler: Çocuk Koruma Kanununun kapsamı korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usûl ve esaslarına, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri kapsamaktadır (m.2). TCK'ya göre fiili işlediği sıradaki yaşına göre üç gruba ayırmıştır.

1. 12 yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir (m.31/1).

2. Fiili işlediği sırada 12 yaşını doldurmuş olup da 15 yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte ikisi indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz (m.31/2).

3. Fiili işlediği sırada 15 yaşını doldurmuş olup da 18 yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on dört yıldan yirmi yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası sekiz yıldan fazla olamaz (m.31/3).

Başkasını suç işlemeye azmettiren kişi, işlenen suçun cezası ile cezalandırılır. Eğer üstsoy ve altsoy ilişkisinden dolayı söz konusu ise ceza artırılır. Çocuk azmettirilmişse üst-altsoy ilişkisi aranmadan ceza direkt artırılır (m.38) denilerek suç işlemeye çocuğun yönlendirilmesinde ağırlaştırıcı hüküm getirilmiştir. Bu hüküm çocukların yetişkinlerce suç işlemeye yönlendirilmesini engellemek adına olumludur. Özellikle töre cinayetlerinde, çocukların yetişkinlere göre ceza indirimlerinin varlığı, bu tip cinayetlerde çocukların kullanılmasına ortam hazırlamaktadır (126,133).

## **2.7.Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları**

Suçun işlenmesini önlemek, önleyemediği zaman ise suçluları araştırmak, bulmak ve cezalandırılmalarını sağlamak görevi devlete aittir. Dolayısıyla toplumda yaşayan herkesin devletten bu asli görevini yerine getirmesini isteme hakkı vardır. Bu hak, pozitif hukuk düzenlemelerine ihbar ve şikâyetle bulunma hakkı şeklinde yansımaktadır. Ancak suçluları cezalandırma görevinin devlete bırakılmış olması, bir suç olayıyla karşılaşan fertleri sorumluluktan kurtarmamaktadır. Suçluların

cezalandırılmasını devletten istemek kişi açısından bir hak olduğu gibi, herhangi bir suç olgusunun gerçekleştiğini öğrenen kişinin durumu suçu takibe yetkili makamlara bildirmesi aynı zamanda bir yükümlülük olarak kabul edilmektedir.

Literatürde ihbar, bir suçun işlendiğinin yetkili makamlara haber verilmemesi anlamına gelir (CMK m. 158, 159). İhbar, kişiler bakımından hem anayasal bir hak hem de belli suçlar yönünden ya da belli kişiler bakımından bir yükümlülüktür. TCK'nın 278. maddesinde "suçu bildirmeme" başlığı altında, belli şekilde işlenen suçların bildirilmemesi suç olarak tanımlanmıştır. Bu suçun oluşabilmesi için, işlenmekte olan bir suçun, yani henüz icrası devam etmekte olan bir suçun varlığı gereklidir. Bu tür suçlara "kesintisiz suç" (mütemadi suç) denilmektedir.

Çocuğun fiziksel, cinsel ya da duygusal yönden istismarının ihbar yükümlülüğüne konu olabilmesi için, istismarın kural olarak suç teşkil eden bir fiil şeklinde ortaya çıkması gerekir. Çünkü TCK'da konusu suç teşkil eden bir fiilin yetkili makamlara bildirilmemesi suç olarak tanımlanmıştır. Suç boyutuna ulaşmamış çocuk istismarının yetkili makamlara ihbar edilmemesi suç teşkil etmeyecektir. Ancak Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) 6. maddesinin 1. fıkrasında belli kişi ve kurumlar bakımından daha geniş bir ihbar yükümlülüğü öngörülmüştür. Bu hükme göre, "Adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür. Korunma ihtiyacı olan çocuk, bir suçun mağduru olan çocuk olabileceği gibi, ihmal ya da istismar edilen, bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan çocuklar da olabilir. Böyle bir çocuğa ÇKK'nın 6. maddesinin 1. fıkrasında sayılan kişilerden birisi rastlar ve ihbar yükümlülüğünü yerine getirmezse, fiili TCK'nın 278, 279 ve 280. maddelerini ihlal etmediği takdirde; kamu görevlileri bakımından TCK'nın 257.maddesinin 2. fıkrasında düzenlenen görevin ihmali davranışla kötüye kullanılması suçu oluşacaktır. Çocuğa yönelik fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar teşkil eden davranışların birçoğu suç olarak tanımlanan fiilleri oluşturmaktadır.

Türk Ceza Kanununun 78. maddesinde belli suçların ihbar edilmesi herkese bir yükümlülük olarak yüklendikten sonra, TCK'nın 279. maddesinde kamu görevlileri, 280. maddesinde ise sağlık mesleği mensupları bakımından özel ihbar yükümlülükleri öngörülmüştür. TCK'nın 279. maddesinde kamu görevlileri (TCK m. 6/f. 1, bent c),

kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini görevleriyle bağlantılı olarak öğrendiklerinde, durumu yetkili makamlara bildirmekle yükümlü kılınmışlardır. Bu yükümlülüklerini yerine getirmemeleri ya da geç yerine getirmeleri halinde, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası öngörülmüş; failin adli kolluk görevini yapan kişi olması halinde ise cezanın yarı oranında artırılacağı belirtilmiştir.

Bu suçun oluşabilmesi için, bildirim konusu suçun kamu görevlisinin yürüttüğü görevle bağlantılı olması gerekir. İşlenen suçun kamu göreviyle bağlantılı olarak, yani yapılan kamu görevi dolayısıyla öğrenilmemesi halinde 279. madde oluşmaz; bu durumda diğer unsurları da gerçekleştiği takdirde 278. veya 280. maddedeki suçlar oluşabilir.

Özel bir ihbar yükümlülüğü de, TCK'nın 280. maddesinde münhasıran sağlık mesleği mensupları için öngörülmektedir. Bu maddede görevlerini yaptıkları sırada bir suçun işlendiği yönünde belirtiyile karşılaşan sağlık mesleği mensubuna suçları ihbar etme yükümlülüğü getirilmektedir. Sağlık mesleği mensubu deyiminden, tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (TCK m. 280/2). Bu suçun oluşabilmesi için de, suçun sağlık mesleği mensubu tarafından görevinin ifasıyla bağlantılı olarak öğrenilmesi gerekir. Bir başka deyişle, sağlık mesleği mensubu suç teşkil eden belirtiyile görevini ifa ederken karşılaşmalıdır. Örneğin cinsel istismara uğramış bir çocuğun özel bir psikiyatri kliniğinde tedavi edilmesi sırasında, hekimin çocuğun ruhsal hastalığının kendisine babası ya da kardeşi tarafından gerçekleştirilen cinsel saldırıdan kaynaklandığını öğrendiğinde, bunu yetkili mercilere bildirmek yükümlülüğü altındadır. Bu yükümlülüğünü ihlal etmesi halinde 280. madde hükmüne göre cezalandırılacaktır.

İşlendiği yönünde belirtiyile karşılaşılın fiilin suç teşkil etmesi şartsa da, bu suçun kasten mi, taksirle mi işlendiğinin ya da resen mi şikayet üzerine mi kovuşturulması gereken bir suç olduğunun önemi bulunmamaktadır. Ayrıca kanun koyucu, suçun ihbar edilmesi halinde, hekimin tedavi olmak üzere gelen kişinin ceza takibine maruz kalıp kalmamasını da önemsememiştir. Bu itibarla hekim, ihbar ettiğinde hastasının ceza takibine uğrayacağından korktuğu için ihbar yükümlülüğünü yerine getirmediği savunmasında bulunamaz. Ancak hekimin bu sıfatı dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler sır kapsamında kaldığında bunların bildirilmemesi halinde şahsi cezasızlık sebebinden yararlanır. Zira hekimin görevi sırasında bir yakının suç işlediğini öğrendiğinde bunu yetkili mercilere haber

vermemesi bir haksızlık teşkil etmekle birlikte, bu durum da gerek Anayasanın 38. Maddesinin 5. Fıkrası, gerekse CMK m.45 çerçevesinde bir şahsi cezasızlık sebebi teşkil edebilecektir (134).

## **2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü**

Koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hemşirelerin, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, adli hemşirelikte görev yapan hemşirelerin istismar ve ihmalin erken tanınmasında, tedavisinde, risk grubunda yer alan kişilerin tespit edilip önlemlerin alınmasında bireyleri, aileyi ve toplumu bu konuda eğitilmesinde aktif olarak rol almaları gerekmektedir. Eğitim ve danışmanlık koruyucu sağlık hizmetlerinin bir bileşenidir. Hemşire gerek koruyucu, gerekse tedavi ve rehabilite edici alanda çocuk ve aile ile ilk karşılaşan meslek üyesi olma özelliği ile anahtar konumdadır. Bu durum özellikle hemşirelere büyük sorumluluklar getirmektedir. Mesleki eğitimleri nedeniyle bu soruna eğilme ve toplumda bu çocukların erken tanısı ve tedavisinde rol oynamaya, istismar ve ihmal olgularını önlemeye çalışmalıdırlar. İstismarı önleme, sağaltıma kıyasla daha ekonomiktir. Bu tür toplumsal sorunların topluma maliyeti yüksektir ve bunlar önlenemez sorunlardır. Erken müdahale edilerek çocukların evden kaçmaları, okulda sorun yaşamaları, suç işlemeleri, ilaç ve alkol bağımlısı olmaları ve fahişeliğe yol açabilen ciddi duygusal ve gelişimsel zorluklardan zarar görmeleri engellenmiş ve ekonomik giderlerden tasarruf edilmiş olunur (7).

Hemşire ve ebeler; özellikle ana çocuk sağlığı merkezlerinde, sağlık ocaklarında, aile planlaması, doğum ve yenidoğan ünitelerinde çalışanlar çok özel bir konumdadırlar, çocuk istismarında ailelerin risk grubunda olup olmadığının belirlenmesinde de önemli rolleri vardır.

Ailede çocuk istismarı öyküsünün varlığı çoğu kez annenin de istismarı ile birliktelik gösterdiğinden, ev içi şiddetin taranması çok önemlidir. Özellikle de 1.basamakta çalışan hemşirelerin bu konuda dikkatli ve duyarlı olması gelişebilecek istismar tablolarını engelleyebilecektir. Çocuğun yaşantısının ilk bir iki yılında müdahale edilebilir ve tehlikeyi yok etmek için tarama teknikleri kullanılabilirse ciddi örselenmeler önlenemez (7). Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde ve erken tanınmasında hemşireler çok önemli görevler düşmektedir.

Özetle :

-Hemşireler tarafından yeni doğan bebeğe sahip tüm ailelerin, stres verici sosyal ve demografik özellikler açısından taranması, ihmal ve istismara eğilimi olan aileler tespit edilerek, yardım teklif edilmesi ve düzenli ev ziyaretleri ile, olumlu aile çocuk ilişkisinin gelişmesine katkıda bulunulması,

-Hastaneye başvuran tüm çocukların ihmal ve istismar açısından değerlendirilmesi, hemşirelerin endişelerini ekibin diğer üyeleri ile paylaşması, kesinleşen ihmal ve istismar vakalarını ilgili yerlere bildirmesi ve çocuğun bu durumdan en az zarar görebilecek şekilde desteklenmesi,

-Ailelerin ceza ve disiplin arasındaki ayırımı yapabilmelerine yardımcı olunması, şiddeti çocuğun eğitilmesi ve terbiye edilmesinde bir ceza aracı olarak kullanılmalarının sağlanması amacıyla ailelerin eğitimi (135).

## **2.9 Araştırmanın Amacı**

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çok azı sağlık kuruluşlarına ulaşmaktadır. Genellikle de olgular aile içinde gizli kalmaktadır. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında erken tanı ve tedavinin başlatılmasında ASM'lerde çalışan sağlık profesyonellerine önemli sorumluluk düşmektedir (23,116). Sorunları belirlemek ve önlemek için farkındalık oluşturmak oldukça önemlidir. Bu çalışma ülkemizde gün geçtikçe artış gösteren çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili olarak Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan sağlık profesyonellerinin farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Türü

Araştırma hekim, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

#### 3.2 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin il sınırları içerisinde yer alan dört farklı bölgedeki (Akdeniz, Mezitli, Toroslar ve Yenişehir Belediyeleri) ASM' lerde çalışan 44 hemşire, 201 ebe ve 238 hekim oluşturmuştur.

#### 3.3 Araştırmanın Örnekleme

Mersin ilinde seçilmiş 4 bölgeden (Yenişehir-Mezitli-Toroslar-Akdeniz) Aile sağlığı merkezinde çalışan 45 doktor, 30 hemşire ve 44 ebe olmak üzere 119 sağlık profesyoneli araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

#### 3.4 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı özellikleri ile istismar ve ihmal konusundaki görüşlerini içeren, 21 sorudan oluşan "Tanıtıcı Bilgi Formu" (EK 1), hemşire, ebe ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık düzeylerini saptamaya yönelik Uysal tarafından (1998) geliştirilen 67 sorudan oluşan Likert tipi "Çocuk istismarı ve ihmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu" (EK 2) kullanılmıştır. Bu ölçek 119 sağlık profesyoneline %95 güvenilirlik,  $\pm 3$  standart sapma ve %3 hata marjiniyle uygulanmıştır.

#### 3.5 Tanıtıcı Bilgi Formu

Hemşire, ebe ve hekimlerin demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu), meslek ve ASM merkezinde çalışma süreleri, öğrenim süreleri ve mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumları, çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olmasını düşündükleri branşlar,

mesleki çalışma süreleri boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşmaları, mesleki çalışmaları süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında tanı koymada yetersiz kaldıkları süreçler, çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin talimat ve prosedürlerin varlığı ve yeterliliği, çocuk istismarı ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları, bildirim yapmayanların yapmama nedenlerine ilişkin görüşleri, çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile karşılaştıklarında hangi kurumlardan hizmet alacakları ve çalışmayla ilgili bilgi edinme durumlarını içeren 21 sorudan oluşan “Tanı Bilgi Formu”(EK 1) hazırlanmıştır.

### **3.6 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu**

Uysal (1998) tarafından geliştirilen “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu”

- ✓ İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)
- ✓ Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde)
- ✓ İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
- ✓ İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde)
- ✓ İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ( 5 madde)
- ✓ Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt grubu

bulunan hemşire, ebe ve hekimlerin farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik toplam 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (EK 2). Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur.

### **3.7 Çalışmanın Etik Yönü**

Araştırma, Etik kurul onayı ve çalışmanın yapılacağı kuruluşlardan resmi izin alındıktan sonra yapılmıştır. Araştırma örneklemini oluşturacak hemşire, ebe ve hekimlere çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarının herhangi bir noktasında sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi



reddetme ve “otonomi” ilkesine saygı gösterileceği güvencesi verilmiştir. Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmanın dışında kullanılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek “sadakat-gizlilik” ilkesine bağlı kalınmıştır.

### **3.8 Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **3.8.1 Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v. 11.5.0 ve MedCalc v.12.3.0 programları kullanılmıştır.

#### **3.8.2 Anket formunun değerlendirilmesi**

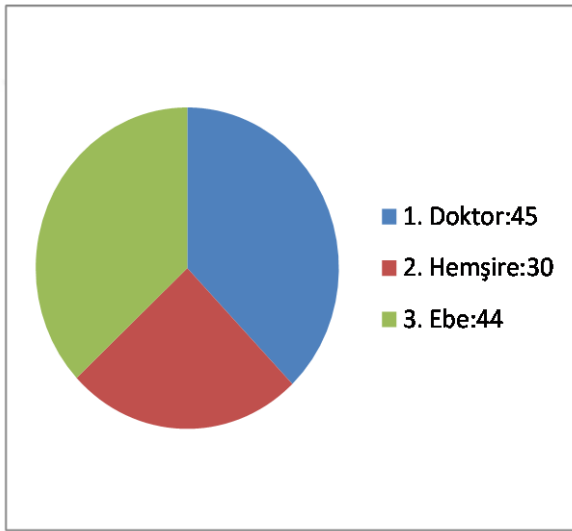
Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada kullanılan ölçekte olan 1,2,4,6,7,9,11,13,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,29,31,33,35,36,37,38,39,40,43, 44,45,47,48,50,51,52,53,55,57,58,60,62,64,65,66,67 no’lu sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30,32,34,41,42,46,49,54, 56,61,63 no’lu sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan katılımcının 335 tam puan alması gerekmektedir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Hekim, Hemşire ve Ebelerin Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 119 sağlık profesyonelinin %37,8'ini doktor, %25,2'sini hemşire ve %36,9'unu ebelerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan doktorların yaş ortalaması  $44,7 \pm 7,6$  hemşirelerin  $35,7 \pm 5,2$  ve ebelerin  $37,5 \pm 5,1$ 'yıldır.

Şekil 4. 1. Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Dağılımı



Çizelge 4.1.1 Sağlık Profesyonellerinin Kişisel Özellikleri

Özellikler		Doktor (n= 45 )%38	Hemşire (n= 30) %25	Ebe (n= 44)%37	Toplam (n=119)
		n(%)	n(%)	n (%)	n (%)
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	33 (73)	0( 0)	0(0)	33(28)
	Kadın	12 (27)	30(100)	44 (100)	86(72)
<b>Medeni Durum</b>	Evli	38 (84)	26(86)	39( 89)	103(86)
	Bekar	5(11)	2(7)	3(7)	10(8)
	Diğer	2(5)	2(7)	2(4)	6(6)
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Orta öğrenim	0 (0)	12(40)	23(52)	35(29)
	Önlisans	0 (0)	15(50)	12(27)	27(23)
	Lisans	42(93)	3(10)	9(20)	57(47)
	Lisans üstü	3(7)	0(0)	0(0)	3(2)
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>	Evet	38 (84)	26(87)	37( 84)	101(85)
	Hayır	7(16)	4(13)	7 (16)	18 (15)

Çizelge 4.1.1’de görüldüğü gibi doktorların %73 erkek ve %27’si kadındır. Ebe ve hemşirelerin ise tamamı kadındır. Sağlık profesyonellerinin büyük bir kısmı evlidir. Doktorların %93’ü lisans, %7’si lisansüstü mezundur. Hemşirelerin %40’ı lise, %50’si önlisans ve %10’u lisans mezundur. Ebelerin ise %52’si lise, %27’si önlisans ve %20’si lisans mezundur. Doktorların %84’ü, hemşirelerin %87’si ve ebelerin %84’ü çocuk sahibidir.

Çizelge 4.1.2. Sağlık Profesyonellerinin Çalışma Süreleri

Çalışma Süreleri		Doktor (n= 45 )%38	Hemşire (n= 30) %25	Ebe (n= 44)%37	Toplam (n=119)
		n(%)	n(%)	n (%)	n (%)
Meslekte Çalışma Süresi	1-5 yıl arası	3(7)	1(3)	1(2)	5(4)
	6-10 yıl arası	1(2)	4(13)	2(%)	7(6)
	11 yıl ve üzeri	41(91)	25(83)	41(93)	107(90)
* ASM Çalışma Süresi	1-5 yıl arası	43(96)	30(100)	44(100)	117(98)
	6-10 yıl arası	1(2)	0(0)	0(0)	1(1)
	11 yıl ve üzeri	1(2)	0(0)	0(0)	1(1)

\* ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Çizelge 4.1.2’de Sağlık profesyonellerinin meslekte ve son çalıştıkları yerde çalışma süreleri görülmektedir. Doktorların %91’i, hemşirelerin %83’ü, ebelerin %93’ü meslekte 11 yıl ve üzerinde çalışmakta olduğu görülmektedir.

## 4.2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline İle İlgili Bilgi Alma Durumları, Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarının Tanılanması Aşamasında Yer Almasının Gerekli Olduğuna İnanışları Branşlar

Çizelge 4.2.1 Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline İle İlgili Bilgi Alma Durumları

Bilgi Alma Durumları		Doktor	Hemşire	Ebe	Toplam
		n (%)	n (%)	n(%)	N (%)
Öğrenim sırasında bilgi aldınız mı?	Evet	34 (76)	17 (57)	23 (52)	74 (62)
	Hayır	11(24)	13(43)	21(48)	45 (38)
Öğrenim sırasında alınan bilgi yeterli miydi?	Evet	19 (56)	13 (76)	13 (56)	45 (63)
	Hayır	15 (44)	4 (24)	10 (44)	29 (37)
Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim aldınız mı?	Evet	11 (24)	17 (57)	19 (43)	47 (39)
	Hayır	34(76)	13(43)	25(57)	72(61)
Mezuniyet sonrası alınan sertifikalı eğitim yeterli miydi?	Evet	10 (90)	12 (70)	9 (47)	31 (66)
	Hayır	1(10)	5 (30)	10 (53)	16 (34)

Çizelge 4.2.1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan doktorların %76’sı, hemşirelerin %57’si ve ebelerin %52’sinin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almıştır. Doktorların %56’sı, hemşirelerin %76’sı ve ebelerin %56’sı öğrenimleri sırasında alınan bilginin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Doktorların %24’ü, hemşirelerin %57’si ve ebelerin %43’ü mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda sertifikalı bir eğitim almıştır. Sertifikalı eğitim alan doktorların %90’ı, hemşirelerin %70’i ve ebelerin %47’si alınan eğitimi yeterli bulmuştur.

Çizelge 4.2.2 Sağlık Profesyonellerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarının Tanılanmasında Yer Alan Branşlar

Branşlar		Doktor	Hemşire	Ebe	Toplam
		n (%)	n(%)	n(%)	n(%)
Acil hekim		32 (71)	26 (87)	27 (61)	85 (71)
Çocuk Psikiyatrisi		40 (89)	24 (80)	32 (73)	96 (80)
Adli Tıp Hekimi		32 (71)	19 (63)	28 (64)	79 (66)
Çocuk Hekimi		34 (76)	22 (73)	28 (64)	84 (71)
Pedagog		27 (60)	22 (73)	30 (68)	79 (66)
Çocuk Cerrahı		16 (36)	19 (63)	20 (46)	55 (46)
Çocuk Hemşiresi		27 (60)	19 (63)	24 (55)	70 (59)
Ortopedist		12 (27)	15(50)	11 (25)	38 (32)
Jinekolog		20 (44)	16 (53)	20 (46)	56 (47)
Sosyal Hizmet Uzmanı		27 (60)	21 (70)	7 (61)	75 (63)
Diğer	Aile Hekimi				4 (3)
	Öğretmen				3 (2.5)
	Anne ve Baba				3 (2.5)

\* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çizelge 4.2.2’de sağlık profesyonellerine göre çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanmasında yer alan branşlar görülmektedir; çalışmaya katılan doktorların %71’i acil hekimlerinin, %89’u çocuk psikiyatristlerinin, %71’i adli tıp hekimlerinin, %76’sı çocuk hekimlerinin, %60’ı pedagogların, %36’sı çocuk cerrahlarının, %60’ı çocuk hemşirelerinin, %27’si ortopedistlerin, %44’ü jinekologların, %60’ı sosyal hizmet uzmanlarının yer alması gerektiğini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin %87’si acil hekimlerinin, %80’i çocuk psikiyatristlerinin, %63’ü adli tıp hekimlerinin, %73’ü çocuk hekimlerinin, %73’ü pedagogların, %63’ü çocuk cerrahlarının, %50’si ortopedistlerin, %47’si jinekologların, %70’i sosyal hizmet uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanımlanmasında mutlaka yer alması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir.

Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gereken branşlar sorulduğunda çalışmaya alınan ebelerin %61’i acil hekimlerinin, %73’ü çocuk psikiyatristlerinin, %64’ü adli tıp hekimlerinin, %64’ü çocuk hekimlerinin

%68'i pedagogların, %46'sı çocuk cerrahlarının, %55'i çocuk hemşirelerinin, %25'i ortopedistlerin, %46'sı jinekologların, %61'i sosyal hizmet uzmanlarının yer alması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir.

Tüm sağlık profesyonellerinin %71'i acil hekimlerinin, %80'i çocuk psikiyatristlerinin, %66'sı adli tıp hekimlerinin, %71'i çocuk hekimlerinin, %66'sı pedagogların, %46'sı çocuk cerrahlarının, %59'u çocuk hemşirelerinin, %32'si ortopedistlerin, %47'si jinekologların, %63'ü sosyal hizmet uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanımlanmasında mutlaka yer alması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık profesyonellerinin %3'ü aile hekimlerinin, %2,5'i öğretmenlerin ve %2,5'i anne ve babaların çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında mutlaka olması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir.

### 4.3. Sağlık Profesyonellerinin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali Vakaları ile Karşılaşmaları ve Bildirimleri

Çizelge 4.3.1. Sağlık Profesyonellerinin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali İle Karşılaşma Durumları

Görüşler		Doktor	Hemşire	Ebe	Toplam
		n(%)	n(%)	n(%)	n (%)
Çocuk istismarı/ihmali olgusu ya da şüphesi karşılaştınız mı?	Evet	25(56)	13(43)	34(77)	72(60)
	Hayır	20(44)	17(57)	10(23)	27(40)
*İstismar/ihmal olgusu ya da şüphesi ile karşılaşıldığında zorlanılan süreçler	Öykü alma	16(64)	10(77)	30(88)	56(78)
	Fizik muayene	4(16)	6(46)	15(44)	25(35)
	Kayıt	8(32)	11(85)	23(68)	42(58)
	İlgili kurumlara rapor etme	14(56)	12(92)	24(71)	50(70)
Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürlerin varlığı	Evet	18(40)	13(43)	7(16)	38(32)
	Hayır	13(29)	6(20)	21(48)	40(34)
	Bilmiyorum	14(32)	11(37)	16(36)	41(34)
Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürler yeterli mi?	Evet	13(72)	13(100)	6(86)	32(84)
	Hayır	5(28)	0(0)	1(14)	6(16)
Çocuk istismarı/ihmali olgu ya da şüphesi olan ve/veya tanısı alabileceği çocuk ve gençlik merkezleri olmalı mı?	Evet	44(98)	27(90)	43(96)	114(96)
	Hayır	1(2)	3(4)	1(4)	5(4)
Çalışmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek ister misiniz?	Evet	39(87)	27(90)	40(91)	106(89)
	Hayır	6(13)	3(10)	4(9)	13(11)

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çizelge 4.3.1’de sağlık profesyonellerinin iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları verilmektedir; Doktorların %56’sı, hemşirelerin %43’ü ve ebelerin %77’si çocuk istismarı ve ihmali ya da şüphesi ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan doktorların %64’ü, hemşirelerin %77’si ve ebelerin %88’si öykü almada, doktorların %16’sı, hemşirelerin %46’sı ve ebelerin %44’ü fizik muayenede, doktorların %32’si, hemşirelerin %85’i ve ebelerin



%68'i kayıt tutmada, doktorların %56'sı, hemşirelerin %92'si ve ebelerin %71'i ilgili kurumlara rapor etme s¼recinde zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3.1'de gör¼ld¼ę¼ gibi doktorların %40'ı, hemşirelerin %43'¼, ebelerin %16'sı çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosed¼rlerin olduğunu belirtmişlerdir. Yine doktorların %72'si, hemşirelerin tamamı ve ebelerin %86'sı kurumlarında olan çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosed¼r¼n yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Doktorların %98'i, hemşirelerin %90'ı ve ebelerin %96'sı çocuk istismarı ve ihmali ř¼phesi olan ya da tanısı alan olguların hizmet alabileceę¼ çocuk ve gen¼lik merkezlerinin olması gerektię¼ini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan doktorların %87'si, hemşirelerin %90'ı ve ebelerin %91'i çalışmanın sonucu hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3.2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Şüphesi ile Karşılaştığında Bildirimde Bulunma ya da Bulunmama Durumları

		<b>Doktor</b>	<b>Hemşire</b>	<b>Ebe</b>	<b>Toplam</b>
		n (%)	n (%)	n(%)	n( %)
<b>Bildirimde bulunur musunuz?</b>	Evet	43(96)	21(70)	33(75)	97(82)
	Hayır	2(4)	9(30)	11(25)	22(18)
<b>* Bildirimde bulunmama nedeniniz?</b>	Sosyal servislerin konuyla ilgilenmemeleri	1(50)	3(33)	8(73)	12(55)
	Konu ile uğraşmak istemiyorum	1(50)	2(22)	1(9)	4(18)
	Yasal süreçlere ait bilgim yok		2(22)	1(9)	3(14)
	Şüpheler doğru çıkarsa çocuk ailesinden ayrılacak		2(22)	2(18)	4(18)

\* Birden fazla yanıt verilmiştir

Çizelge 4.3.2’de Sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmali veya şüphesi karşılaştıklarında bildirimde bulunma ya da bulunmama durumları belirtilmiştir. Çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaştığında doktorların %96’sı bildirimde bulunacağını belirtmiştir. Bildirimde bulunmak istemeyen doktorların biri sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğünü, diğeri ise konuyla uğraşmak istemediğini belirtmiştir. Hemşirelerin ise %70’i bildirim yapacağını, %30’u ise yapmayacağını belirtmiştir. Bildirimde bulunmak istemeyen hemşirelerden 3’ü sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini, 2’si konuyla ilgilenmek istemediğini, 2’si yasal süreçlere ait bilgisinin olmadığını ve 2’si ise şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağını gerekçe olarak göstermiştir. Ebelerin %75’i bildirim yapacağını %25’i ise bildirim yapmayacağını belirtmiştir. Bildirimde bulunmak istemeyen ebelerden 8’i sosyal servislerin ilgilenmeyeceğini düşündüğünü, biri konuyla ilgilenmek istemediğini, biri yasal süreçlere ait bilgisinin olmadığını, diğeri 2 kişi ise şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğünü belirtmiştir.

#### 4.4. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalık Düzeyleri

Çizelge 4.4.1. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamalarına Yönelik Ölçek Puan Formundan Aldıkları Genel Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	<b>Doktor ort±SS</b>	<b>Hemşire ort±SS</b>	<b>Ebe ort±SS</b>	<b>P değeri</b>
<b>Genel ölçek puanı</b>	3,84±0,35	3,67±0,37	3,61±0,32	P<0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri</b>	4,05±0,4	3,92±0,3	3,79±0,42	P<0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler</b>	3,88±0,42	3,81±0,46	3,71±0,37	P>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri</b>	3,95±0,65	4±0,56	3,81±0,5	P>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri</b>	3,64±0,52	3,40±0,44	3,20±0,58	P<0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri</b>	3,39±0,51	3,31±0,70	3,34±0,46	P>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler</b>	3,83±0,51	3,61±0,52	3,69±0,49	P>0,05

Çizelge 4.4.1’de sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamalarına yönelik genel ölçek ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi verilmektedir. Tüm grupların genel ölçek puan ortalaması 3,71±0,36, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalaması 3,92±0,4, çocuk istismarına ilişkin davranışsal belirtiler puan ortalaması 3,80±0,42, ihmali çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması 3,91±0,58, istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması 3,42±0,55, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması 3,35±0,54 ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler puan ortalaması 3,72±0,51’dir. İstismar ve ihmali yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması diğer ölçek puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

Doktorların genel ölçek puan ortalaması 3,84±0,35, hemşirelerin 3,67±0,37, ebelerin ise 3,61±0,32’dir. Doktorların genel ölçek puanı ortalaması ebelerin genel ölçek puanı ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puan ortalaması doktorlarda  $4,05\pm0,4$ , hemşirelerde  $3,92\pm0,3$  ve ebelerde  $3,79\pm0,42$ 'dir. Doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puan ortalaması ebelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler puan ortalaması doktorlarda  $3,88\pm0,42$ , hemşirelere  $3,81\pm0,46$  ve ebelerde,  $3,71\pm0,37$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması doktorlarda  $3,95\pm0,65$ , hemşirelerde  $4\pm0,56$  ve ebelerde  $3,81\pm0,50$ ' dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması doktorlarda  $3,64\pm0,52$ , hemşirelerde  $3,40\pm0,44$  ebelerde ise  $3,29\pm0,58$ 'dir. Doktorların istismar ve ihmale yatkın ebeveynler puan ortalaması ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması doktorlarda  $3,39\pm0,31$ , hemşirelerde  $3,31\pm0,7$  ve ebelerde  $3,34\pm0,46$ 'dır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler puan ortalaması doktorlarda  $3,83\pm0,51$ , hemşirelerde  $3,61\pm0,57$  ve ebelerde  $3,69\pm0,49$ 'dur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark yoktur.

Çizelge 4.4.2. Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Kişisel Özellikleri ile Karşılaştırılması

	Medeni Durum(n)				Çocuk varlığı(n)		
	Evli(38)	Bekar(5)	Diğer(2)	P	Evet(38)	Hayır(7)	P
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,84±0,34	3,59±0,19	4,35±0,14	P:>0,05	3,89±0,35	3,57±0,22	P:<0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	4,08±0,41	3,78±0,33	4,15±0,70	P:>0,05	4,11±0,39	3,71±,30	P:<0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,87±0,42	3,69±0,21	4,41±0,16	P:>0,05	3,93±0,41	3,61±0,33	P:>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,99±0,68	3,47±0,16	4,40±0,43	P:>0,05	4,02±0,68	3,58±0,21	P:<0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,63±0,47	3,27±0,45	4,73±0,99	P:<0,05	3,69±0,53	3,36±0,43	P:>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,36±0,5	3,30±0,46	4,20±0,42	P:>0,05	3,39±0,55	3,35±0,28	P:>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,82±0,54	3,63±0,91	4,41±0,29	P:>0,05	3,88±0,54	3,54±0,17	P:>0,05

Çizelge 4.4.2’de doktorların çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının kişisel özellikleri ile karşılaştırılması verilmektedir. Kendi içerisindeki karşılaştırmalarında doktorlarda medeni durumuna göre diğer grubuna (boşanmış veya eşini kaybetmiş) girenlerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması (4,73±99), evli doktorların istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalamasından (3,63 ±0,47) ve bekar doktorların istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalamasından (3,27±0,45) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Doktorlar arasında medeni durum açısından diğer ölçek alt grup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır.

Meslek gruplarının kendi içerisindeki karşılaştırmalarında çocuk sahibi olan ve olmayan doktorlar arasında ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocuk sahibi olan doktorların genel ölçek puan ortalaması ( $3,89 \pm 0,35$ ), çocuk sahibi olmayan doktorların genel ölçek puan ortalamasından ( $3,57 \pm 0,22$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Çocuk sahibi olan doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalaması ( $4,11 \pm 0,39$ ) çocuk sahibi olmayan doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalamasından ( $3,71 \pm 0,30$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Çocuk sahibi olan doktorların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması ( $4,02 \pm 0,68$ ), çocuk sahibi olmayan doktorların ihmalinin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalamasından ( $3,58 \pm 0,21$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0,05$ ).

Çizelge 4.4.3. Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Süreleri ile Karşılaştırılması

	Meslekte Çalışma süresi(n)				ASM'de çalışma Süresi (n)			
	1-5 yıl arası(3)	6-10 yıl arası(1)	11 yıl ve üzeri(41)	P	1-5 yıl arası(43)	6-10 yıl arası(1)	11 yıl ve üzeri(1)	P
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,72±0,08	3,64	3,85±0,36	P:>0,05	3,84±0,35	4,06	3,47	P:>0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,92±0,13	3,57	4,07±0,41	P:>0,05	4,06±0,40	4,16	3,52	P:>0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,81±0,7	3,6	3,89±0,43	P:>0,05	3,87±0,42	4,28	3,6	P:>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,51±0,16	4	3,98±0,67	P:>0,05	3,95±0,66	4,22	3,42	P:>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,58±0,8	3,83	3,64±0,55	P:>0,05	3,63±0,53	3,98	3,5	P:>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,49±0,16	3,16	3,39±0,53	P:>0,05	3,39±0,52	3,42	3,16	P:>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,62±0,12	3,62	3,85±0,53	P:>0,05	3,83±0,51	4,35	3,12	P:>0,05

Çizelge 4.4.3'de doktorların çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının çalışma süreleri ile karşılaştırılması verilmektedir. Çalışma süreleri açısından meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında doktorlarda genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Aile sağlığı merkezinde çalışma süreleri açısından doktorlar kendi içlerinde karşılaştırdıklarında genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.





Çizelge 4.4.4 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Kişisel Özellikleri ile Karşılaştırılması

	Medeni Durum(n)				Çocuk varlığı(n)		
	Evli(26)	Bekar(2)	Diğer(2)	P	Evet(26)	Hayır(4)	P
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,67±0,38	3,82±0,21	3,81±0,45	>0,05	3,69±0,39	3,56±0,16	>0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,93±0,30	3,82±0,21	3,94±0,53	>0,05	3,93±0,32	3,91±,18	>0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,79±0,47	3,76±0,48	4,08±0,50	>0,05	3,80±0,48	3,87±0,36	>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	4,01±0,58	3,63±0,09	4,30±0,64	>0,05	4,01±0,59	3,95±0,44	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,41±0,46	3,27±0,22	3,40±0,45	>0,05	3,42±0,46	3,29±0,22	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,30±0,74	3,53±0,52	3,25±0,59	>0,05	3,27±0,74	3,59±0,35	>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,60±0,56	3,64±0,31	3,76±0,19	>0,05	3,58±0,55	3,59±0,35	>0,05

Çizelge 4.4.4’de hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının kişisel özellikleri ile karşılaştırılması verilmektedir. Medeni durum açısından hemşireler kendi içerisinde karşılaştırıldığında hemşireler arasında genel ölçek puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hemşirelerin kendi içerisinde karşılaştırmalarında çocuk sahibi olan hemşireler ve çocuk sahibi olmayan hemşireler arasında genel ölçek puanı ve tüm alt grup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.4.5 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Süreleri ile Karşılaştırılması.

	Meslekte Çalışma süresi(n)			P
	1-5 yıl arası(1)	6-10 yıl arası(4)	11 yıl ve üzeri (25)	
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	4,12	3,76±0,52	3,64±0,35	>0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	4,22	3,95±0,49	3,91±0,27	>0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	4,65	3,80±0,50	3,77±0,44	>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	4,16	4,36±0,48	3,94±0,57	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,56	3,62±0,44	3,36±0,44	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,98	3,34±0,73	3,28±0,72	>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	4,12	3,94±0,55	3,54±0,51	>0,05

Çizelge 4.4.5’de hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının çalışma süreleri ile karşılaştırılması verilmektedir. Meslekteki çalışma süreleri açısından hemşireler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında tüm genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.4.6. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Kişisel Özellikleri ile Karşılaştırılması.

	Medeni Durum(n)				Çocuk varlığı(n)		
	Evli(39)	Bekar(3)	Diğer(2)	P	Evet(37)	Hayır(7)	P
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,61±0,31	3,63±0,42	3,66±0,74	>0,05	3,63±0,32	3,52±0,34	>0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,80±0,43	3,78±0,24	3,66±0,74	>0,05	3,82±0,44	3,64±0,26	>0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,72±0,38	3,65±0,30	3,63±0,42	>0,05	3,73±0,39	3,59±0,26	>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,79±0,48	3,85±0,64	4,2±0,91	>0,05	3,83±0,51	3,73±0,46	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,20±0,53	3,10±0,78	3,42±0,52	>0,05	3,22±0,54	3,11±0,81	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,32±0,46	3,46±0,31	3,65±0,72	>0,05	3,33±0,49	3,39±0,30	>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,66±0,46	4,00±0,86	3,67±0,46	>0,05	3,68±0,46	3,69±0,63	>0,05

Çizelge 4.4.6'de ebelerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının kişisel özellikleri ile karşılaştırılması verilmektedir. Medeni durum açısından ebeler kendi içerisinde karşılaştırıldığında ebeler arasında genel ölçek puan ortalaması ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ebelerin kendi içerisinde karşılaştırmalarında çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.4.7. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Süreleri ile Karşılaştırılması

	<b>Meslekte Çalışma süresi(n)</b>			
	1-5 yıl arası(1)	6-10 yıl arası(2)	11 yıl ve üzeri(41)	P
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	4,11	3,82±0,73	3,59±0,30	>0,05
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	4,05	4,16±0,72	3,77±0,41	>0,05
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	4	3,91±0,68	3,69±0,37	>0,05
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	4,57	3,79±0,89	3,80±0,49	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	4	2,99±0,61	3,20±0,56	>0,05
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,16	3,78±0,06	3,33±0,47	>0,05
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	5	4,12±0,70	3,63±0,43	>0,05

Çizelge 4.4.7’de ebelerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının çalışma süreleri ile karşılaştırılması verilmektedir. Meslekteki çalışma süreleri açısından ebeler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.4.8 Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi Alma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Öğrenim sırasında bilgi aldınız mı? (n)		Öğrenim sırasında alınan bilgi yeterli miydi? (n)		Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim aldınız mı? (n)		Mezuniyet sonrası alınan sertifikalı eğitim yeterli miydi?(n)	
	Evet(34)	Hayır(11)	Evet(19)	Hayır(15)	Evet(12)	Hayır(33)	Evet(10)	Hayır(2)
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,80±0,37	3,95±0,28	3,80±0,41	3,81±0,31	3,79±0,46	3,85±0,31	3,77±0,47	3,94±0,16
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	4,06±0,42	4,02±0,35	4,01±0,41	4,12±0,44	4,01±0,36	4,06±0,42	4,00±0,37	4,10±0,07
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,84±0,42	3,99±0,41	3,80±0,47	3,89±0,34	3,82±0,58	3,89±0,36	3,78±0,59	4,07±0,29
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,91±0,72	4,07±0,37	3,93±0,74	3,88±0,72	3,99±0,59	3,94±0,68	3,96±0,62	3,96±0,36
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,54±0,51	3,90±0,49	3,54±0,63	3,56±0,39	3,55±0,73	3,66±0,45	3,51±0,75	3,82±0,22
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,38±0,48	3,41±0,62	3,40±0,57	3,36±0,36	3,29±0,57	3,42±0,50	3,28±0,60	3,54±0,16
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,75±0,54	4,08±0,36	3,88±0,52	3,58±0,53	3,88±0,54	3,81±0,51	3,83±0,55	3,98±0,51
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	

Çizelge 4.4.8’de Doktorların çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan

ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almaları açısından doktorlar kendi içerisinde karşılaştırıldığında genel ölçek puan ortalaması ve tüm alt grup ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alan doktorlar kendi içlerinde aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldığında genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alıp almamalarına göre doktorlar kendi içlerinde karşılaştırıldığında genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alan doktorlar, kendi içlerinde aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldığında eğitimi yeterli bulanlar ve bulmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.4.9 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi Alma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Öğrenim sırasında bilgi aldınız mı? (n)		Öğrenim sırasında alınan bilgi yeterli miydi? (n)		Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim aldınız mı? (n)		Mezuniyet sonrası alınan sertifikalı eğitim yeterli miydi?(n)	
	Evet(17)	Hayır(13)	Evet(13)	Hayır(4)	Evet(17)	Hayır(13)	Evet(12)	Hayır(5)
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,63±0,54	3,73±0,40	3,65±0,39	3,59±0,22	3,71±0,39	3,62±0,35	3,62±0,36	3,94±0,41
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,92±0,25	3,93±0,36	3,96±0,26	3,82±0,22	3,98±0,32	3,85±0,26	3,92±0,30	4,14±0,25
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,75±0,46	3,88±0,47	3,72±0,52	3,83±0,19	3,76±0,48	3,86±0,45	3,63±0,45	4,09±0,45
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,96±0,53	4,06±,61	4,00±0,58	3,83±0,39	4,03±0,55	3,96±0,60	3,89±0,53	4,38±0,48
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,33±0,51	3,49±0,32	3,39±0,57	3,14±0,06	3,74±0,45	3,44±0,43	3,29±0,46	3,57±0,39
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,09±0,68	3,60±0,64	3,07±0,74	3,17±0,51	3,34±0,74	3,29±0,68	3,28±0,82	3,47±0,57
	P:<0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,50±0,54	3,75±0,48	3,45±0,59	3,66±0,39	3,63±0,58	3,58±0,46	3,56±0,56	3,80±0,65
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	

Çizelge 4.4.9’da Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan

ortalamlarının karşılaştırılması verilmektedir. Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almaları açısından hemşireler kendi içerisinde karşılaştırıldığında öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alan hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması ( $3,09 \pm 0,68$ ) öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almayan hemşirelerden ( $3,60 \pm 0,64$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür. Hemşireler arasından genel ölçek puanı ve diğer alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır. Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alan hemşireler kendi içlerinde aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldığında genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alıp almamalarına göre hemşireler kendi içlerinde karşılaştırıldığında da genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alan hemşireler kendi içlerinde aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldığında eğitimi yeterli bulanlar ve bulmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.



Çizelge 4.4.10 Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi Alma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Öğrenim sırasında bilgi aldınız mı? (n)		Öğrenim sırasında alınan bilgi yeterli miydi? (n)		Mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim aldınız mı? (n)		Mezuniyet sonrası alınan sertifikalı eğitim yeterli miydi?(n)	
	Evet(23)	Hayır(21)	Evet(13)	Hayır(10)	Evet(18)	Hayır(26)	Evet(9)	Hayır(9)
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,55±0,34	3,68±0,30	3,50±0,34	3,61±0,36	3,68±0,29	3,56±0,34	3,75±0,28	3,66±0,30
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,71±0,44	3,88±0,39	3,69±0,34	3,75±0,57	3,91±0,45	3,71±0,39	3,93±0,41	3,91±0,52
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuktaki davranışsal belirtileri(ort±SS)</b>	3,65±0,40	3,78±0,34	3,67±0,36	3,62±0,47	3,77±0,33	3,67±0,41	3,93±0,31	3,91±0,52
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,71±0,51	3,93±0,48	3,70±0,58	3,73±0,43	3,95±0,51	3,71±0,48	3,93±0,31	3,63±0,29
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,09±0,60	3,33±0,54	3,09±0,63	3,09±0,60	3,29±0,57	3,14±0,59	4,15±0,51	3,84±0,43
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,37±0,42	3,32±0,51	3,27±0,47	3,49±0,33	3,46±0,45	3,25±0,46	3,39±0,56	3,32±0,52
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikleri(ort±SS)</b>	3,64±0,42	3,74±0,56	3,50±0,42	3,82±0,36	3,64±0,37	3,72±0,56	3,54±0,42	3,73±0,33
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	

Çizelge 4.4.10'da ebelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir; Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almaları açısından ebeler kendi içerisinde karşılaştırıldığında

ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve tüm alt grup ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alan ebeler kendi içlerinde aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldığında genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.



Çizelge 4.4.11 Doktorların İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuk istismar/ihmali olgusu ya da şüphesi ile karşılaşma durumu (n)		Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürlerin varlığı (n)		Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürler yeterli mi? (n)		Çocuk İstismarı ve İhmali olgusu ya da şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız? (n)	
	Evet(25)	Hayır(20)	Evet(18)	Hayır(13)	Evet(13)	Hayır(5)	Evet(43)	Hayır(2)
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,89±0,32	3,78±0,39	3,93±0,43	3,77±0,22	4,02±0,41	3,68±0,44	3,84±0,35	3,77±0,40
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	4,08±0,37	4,00±0,44	4,10±0,38	3,94±0,33	4,17±0,30	3,93±0,54	4,05±0,41	4,05±0,15
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,94±0,38	3,79±0,45	4,01±0,51	3,69±0,30	4,09±0,52	3,78±0,46	3,87±0,42	4,00±0,38
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,89±0,66	4,03±0,65	4,01±0,90	3,87±0,35	4,32±0,68	3,22±0,99	3,99±0,58	3,03±1,67
	P:>0,05		P:>0,05		P:<0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,67±0,46	3,59±0,61	3,75±0,58	3,49±0,50	3,87±0,59	3,46±0,46	3,64±0,53	3,49±0,69
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,51±0,50	3,24±0,50	3,49±0,61	3,47±0,45	3,45±0,60	3,59±0,67	3,36±0,49	4,04±0,87
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,94±0,45	3,69±0,57	3,90±0,57	3,93±0,24	3,97±0,56	3,72±0,61	3,83±0,51	3,80±0,77
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	

Çizelge 4.4.11’de Doktorların iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. İş yaşamı süresince çocuk istismarı veya ihmali veya şüphesi ile karşılaşmış ve karşılaşmamalarına göre doktorlar kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında doktorlarda genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışılan kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunup bulunmamasına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında doktorlarda genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunan doktorlar kendi içlerinde mevcut talimat/prosedürü yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldıklarında da mevcut talimat/prosedürü yeterli bulan doktorların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması ( $4,32\pm 0,68$ ), mevcut talimat/prosedürü yeterli bulmayan doktorların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalamasından ( $3,22\pm 0,99$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Doktorlarda genel ölçek puan ortalaması ve ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması dışındaki alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız sorusuna verdikleri evet ve hayır cevabına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldığında doktorlarda genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 4.4.12 . Hemşirelerin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuk istismar/ihmalî olgusu ya da şüphesi ile karşılaşma durumu (n)		Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürlerin varlığı (n)		Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürler yeterli mi? (n)		Çocuk İstismarı ve İhmali olgusu ya da şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız? (n)	
	Evet(13)	Hayır(17)	Evet(13)	Hayır(6)	Evet(7)	Hayır(6)	Evet(21)	Hayır(9)
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,75±0,36	3,62±0,37	4,00±0,34	3,94±0,20	3,67±0,45	3,79±0,51	3,55±0,31	3,96±0,35
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:=0,004	
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,97±0,29	3,89±0,31	3,80±0,50	3,85±0,58	4,02±0,31	3,99±0,41	3,83±0,26	4,14±0,29
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:<0,05	
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,93±0,41	3,71±0,49	4,13±0,66	3,85±0,49	3,72±0,54	3,89±0,49	3,63±0,39	4,21±0,38
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:<0,05	
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	4,00±0,63	4,00±0,53	3,51±0,60	3,35±0,21	4,12±0,53	4,14±0,84	3,84±0,56	4,37±0,39
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:<0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,43±0,53	3,38±0,46	3,16±0,76	3,53±0,52	3,33±0,58	3,72±0,61	3,35±0,47	3,52±0,32
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,34±0,61	3,29±0,79	3,60±0,61	3,66±0,45	3,09±0,97	3,24±0,50	3,05±0,66	3,93±0,31
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:<0,05	
<b>Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,73±0,37	3,52±0,61	3,80±0,39	3,55±0,26	3,50±0,70	3,71±0,51	3,44±0,50	4,02±0,32
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:<0,05	

Çizelge 4.4.12’de hemşirelerin iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmali Belirti ve Risklerini Tanımlama ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. İş yaşamı süresince çocuk istismarı veya ihmali veya şüphesi ile karşılaşmış ve karşılaşmamalarına göre hemşireler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında hemşirelerde genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışılan kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunup bulunmamasına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında hemşirelerde genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunan hemşireler kendi içlerinde mevcut talimat/prosedürü yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldıklarında hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız sorusuna verdikleri evet ve hayır cevabına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldığında çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız sorusuna evet yanıtı veren hemşirelerin genel ölçek puan ortalaması ( $3,55 \pm 0,31$ ) hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamasından ( $3,96 \pm 0,35$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p=0,004$ ). Çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız sorusuna evet yanıtı veren hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puan ortalaması ( $3,83 \pm 0,26$ ) hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamasından ( $4,14 \pm 0,29$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız sorusuna evet yanıtı veren hemşirelerin çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtileri puan ortalaması ( $3,63 \pm 0,39$ ) hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamasından ( $4,21 \pm 0,38$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız sorusuna evet yanıtı veren hemşirelerin ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması ( $3,84 \pm 0,56$ ) hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamasından ( $4,37 \pm 0,39$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız sorusuna evet yanıtı

veren hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukları özellikleri puan ortalaması (3,05±0,66) hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamasından (3,93±0,31) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Çocuk istismarı/ihmali olgusu ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız sorusuna evet yanıtı veren hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puan ortalaması (3,44±0,50) hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamasından (4,02±0,32) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0,05$ ).



Çizelge 4.4.13. Ebelerin İş Yaşamı Süresince Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumlarına göre Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çocuk istismar/ihmali olgusu ya da şüphesi ile karşılaşma durumu (n)		Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürlerin varlığı (n)		Çalışılan kurumda istismar ve ihmale yönelik prosedürler yeterli mi? (n)		Çocuk İstismarı ve İhmali olgusu ya da şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız? (n)	
	Evet(23)	Hayır(21)	Evet(7)	Hayır(21)	Evet(6)	Hayır(1)	Evet(33)	Hayır(11)
<b>Genel ölçek puanı (ort±SS)</b>	3,54±0,28	3,69±0,35	3,80±0,39	3,55±0,26	3,77±0,41	4	3,58±0,34	3,72±0,27
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri(ort±SS)</b>	3,74±0,44	3,86±0,40	3,91±0,39	3,76±0,39	3,92±,43	3,89	3,74±0,41	3,97±0,44
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuktaki davranışsal belirtiler(ort±SS)</b>	3,64±0,37	3,70±0,37	4,08±0,38	3,65±0,29	4,02±0,38	4,46	3,73±0,39	3,65±0,31
	P:>0,05		P:<0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri(ort±SS)</b>	3,71±0,44	3,93±0,55	3,79±0,59	3,90±0,47	3,86±0,62	3,42	3,76±0,53	3,97±0,38
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri(ort±SS)</b>	3,03±0,49	3,40±0,62	3,50±0,63	3,11±0,55	3,33±0,49	4,5	3,15±0,62	3,36±0,40
	P:<0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri(ort±SS)</b>	3,38±0,46	3,30±0,47	3,12±0,54	3,15±0,38	3,36±0,41	2,33	3,3±0,45	3,37±0,51
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	
<b>Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ort±SS)</b>	3,58±0,34	3,80±0,60	3,95±0,63	3,60±0,43	3,88±0,66	4,37	3,64±0,49	3,82±0,47
	P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05		P:>0,05	



Çizelge 4.4.13'de Ebelerin iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmektedir. İş yaşamı süresince çocuk istismarı veya ihmali veya şüphesi ile karşılaşp karşılaşmamalarına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıkların da ebelerde iş yaşamı süresince çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşan grupta istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması ( $3,03\pm 0,49$ ), iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşmayanların puan ortalamasından ( $3,40\pm 0,62$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür. Ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışılan kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunup bulunmamasına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında ebelerde ise çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunan grubun çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler puan ortalaması ( $4,08\pm 0,38$ ) çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat bulunmayan grubun çocuktaki davranışsal belirtiler puan ortalamasından ( $3,65\pm 0,29$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunan ebeler kendi içlerinde mevcut talimatı/prosedürü yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldıklarında mevcut talimatı yetersiz bulan bir ebe bulunduğu için istatistiksel bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Çocuk istismarı /ihmali olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapar mısınız sorusuna verdikleri evet ve hayır cevabına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldığında ebelerde genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan doktorların çoğunluğu (%77) erkek, hemşire ve ebelerin tamamı kadındır. Ebelik ve hemşirelik, tüm dünyada kadınların sayıca fazla olduğu mesleklerdendir. Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu evlidir (Çizelge 4.1.1). Ümmühan Kocaer ve ark. çalışmasında da (2006) doktor ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun evli olduğu bulunmuştur (118).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %10'u ve ebelerin %20'si lisans mezunudur. Çalışmaya katılan hemşire ve ebelerin lisansüstü eğitim almadıkları görülmektedir (Çizelge 4.1.1). Bahçecik'in (1993) tedavi edici kurum ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında hemşirelerin önemli bir kısmının (%79,2) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirtilmektedir (136). Yıllar içerisinde Türkiye'deki hemşirelik eğitim düzeyinde artış olmasına karşın, günümüzde lise düzeyinde eğitim veren okulların yeniden açılması eğitim düzeyinde geriye dönüşlere yol açmıştır. Oysa dünyada hemşirelik eğitimi genellikle 10-12 yıllık eğitimin ardından lise üzerine temellendirilmiş 3 veya 4 yıllık yüksek eğitim düzeyinde verilmektedir (137). Ülkemizin de Sağlık Bakanlığı düzeyinde katıldığı ve imza koyduğu, ikinci Avrupa Hemşirelik ve Ebelik Konferansında yayımlanan Münih Deklerasyonu'nda hemşirelik eğitiminin lisans ve lisansüstü programlarda yürütülmesi öngörülmüştür (138). Ülkemizde de hemşirelik yasasında hemşireliğin tanımında eğitimi lisans düzeyinde standardize edilmesi ile beraber birinci basamakta çalışan lisans mezunu hemşire sayısının artacağı beklenmektedir. Bu amaç doğrultusunda 18 Ocak 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 1219 numaralı kanunun geçici 11. Maddesine göre sağlık meslek liselerinin hemşire ünvanı ile öğrenci mezun edemeyeceği ve mezun olanların hemşire yardımcısı olabilecekleri belirlenmiştir. Dolayısıyla hemşirelik eğitimi ön lisans ve lisans düzeyine standardize edilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin önemli bir kısmının meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzerindedir (Çizelge 4.1.2). Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin (%70) önemli kısmı 11 yıl ve üzeri ve Kocaer'in çalışmasında (%89) 6 yıl ve daha üzeri süredir çalışmakta oldukları belirlenmiştir (3,118).

Aile Sağlığı Merkezinde çalışma sürelerine bakıldığında doktorların tamamına yakını (%96), hemşire ve ebelerin tamamı 1-5 yıldır çalışmaktadır.

Uysal ve Kocaer'in çalışmalarında da hemşire ve doktorların yarısından fazlası 6 yıl ve üzeri çalışmaktadırlar (3.118). Ancak Uysal çalışmasında Halk sağlığı alanındaki çalışma süresi, Kocaer çalışmasında ana çocuk sağlığı ve aile merkezindeki çalışma süresi göz önüne alınmıştır. Bizim çalışmamızda ASM çalışma süresi dikkate alınmıştır.

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu çocuk sahibidir (Çizelge 4.1.1). Kocaer'in (2006) çalışmasında da hemşirelerin tamamına yakını (%93) ve doktorların önemli bir (%78) kısmı çocuk sahibidir (118).

Çalışmamıza alınan doktorların öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma oranı hemşire ve ebeler göre daha yüksektir. Doktorlarda çocuk istismarı ve ihmali konusu adli tıp ve çocuk sağlığı derslerine entegre edilerek verilirken hemşire ve ebelerde ise çocuk sağlığı dersine entegre edilerek verilmektedir (3,139). Bizim çalışmamıza katılan hemşirelerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarın ve ihmali konusunda bilgi alma oranı Kocaer'in çalışmasına katılanlara göre daha yüksektir. Yine bu çalışmaya katılan hemşirelerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma oranı Uysal'ın 1998 de yapmış olduğu çalışmaya katılan hemşirelere göre daha yüksektir (3,118). Bu anlamlı farkın yıllar içerisinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda artan eğitim oranlarını göstermesi açısından önemli bir veri olduğu düşünülmektedir.

Doktorların yaklaşık dörtte biri, hemşire ve ebelerin yarısından fazlası mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda sertifikalı bir eğitime katıldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.2.1). Hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrası sertifikalı bir eğitim alma oranı hekimlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Kocaer'in çalışmasında mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alma oranı hekimlerde %7,5 ve hemşirelerde ise %5,9 olarak belirlenmiştir (118). Gölge ve ark. 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada hekimlerin %14,7'sinin, hemşire-ebelerin %29,7'sinin mezuniyet sonrası eğitime katıldıkları belirlenmiştir (139). Yıllar içerisinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet sonrası eğitim alma oranının artması sevindirici bir sonuçtur.

Sertifikalı eğitim alan doktorların %90'ı, hemşirelerin %70'i ve ebelerin %47'si aldığı eğitimin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin %71'i acil hekimlerinin, %80'i çocuk psikiyatristlerinin, %66'sı adli tıp hekimlerinin, %71'i çocuk hekimlerinin,

%66'sı pedagogların, %46'sı çocuk cerrahlarının, %59'u çocuk hemşirelerinin, %32'si ortopedistlerin, %47'si jinekologların, %63'ü sosyal hizmet uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanımlanmasında mutlaka yer alması gerektiğine inandıklarını branşlar içerisinde olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk istismarı ve ihmalinin tespit, tedavi ve rehabilitasyonunda multidisipliner yaklaşım gereklidir (117). İstismar olgularında hastanelerde bulunan ekibin temelini çocuk sağlığı ve hastalıkları, adli tıp, çocuk ruh sağlığı uzmanları ve çocuk psikiyatrisleri oluşturmaktadır. Ancak unutulmaması gerekir ki birey ve hastaya en yakın ve en yoğun iletişimi kuran sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler bu ekibin bir üyesidir. Olgular değerlendirilirken mutlaka sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşireleri ve psikologlar da görev almalıdır. İstismara uğrayan çocuk ve aile ile ilk görüşme ve öykünün alınması, kayıtların tutulması, vakanın Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirilmesi ve istismara uğrayan çocuğun yaşam alanlarının (ev, okul, kurum gibi) gözlenmesi ve takibinde sosyal hizmet uzmanları, çocuğun psikososyal gelişiminin değerlendirilmesi ve istismara uğrayan çocuk ve ailesine psikolojik destek sağlanması durumları için ise psikologlara önemli görevler düşmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali önleme, tanıma ve tedavi aşamalarında hemşirelere pek çok görev düşmektedir. Halk Sağlığı Hemşiresi kötü muamele gören çocuklar için ortak özellik gösteren, erken uyarı belirtilerini saptamada önemli konumdadır. Acil Hemşiresi ise genellikle hastayı ilk gözlemleyen sağlık profesyonelidir. Çocuk Sağlığı Hemşiresi klinikte yatan bir çocukla en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli olarak, ihmal ve istismarı tanımada önemli bir konuma sahiptir. Psikiyatri hemşiresinin mağdurları güçlendirmek, kendine güveni arttırmak, anksiyetesini azaltmak, iyileşmeye yardım etmek gibi fonksiyonları vardır. Okul Sağlığı Hemşiresine çocuk ihmali ve istismarının belirtileri ve yasal yönleri konularında tüm okul personelinin eğitmek ve desteklemek, çocuk ihmali ve istismarı vakalarını zorunlu olarak rapor etmek ve çocuk ve ailesinin sosyal destek kaynaklarına yönlendirmek gibi pek çok görev düşmektedir. Görüldüğü gibi istismar olgularının değerlendirilmesinde tıp, hukuk ve sosyal hizmetler alanlarının işbirliği içinde çalışması esastır. Ancak bu alanlardaki insan gücü ve kaynakların yetersizliği eşgüdüm ve işbirliği içinde çalışmayı engellemektedir (117,140.141.142). Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali konusunda sınırlı sayıda araştırma olması, mezuniyet öncesi-sonrası eğitimlerde yer verilmeye yeni başlanması, başta hekimler olmak üzere sağlık

çalışanında bilgi ve deneyim eksikliğine neden olmakta ve sağlık kuruluşuna gelen olgular gözden kaçabilmektedir (143).

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin %3'ü aile hekimlerinin, %2,5'i öğretmenlerin ve %2,5'i anne ve babaların çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında mutlaka olması gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire, ebe ve hekimler risk altında olan çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanınmasında önemli konumdadırlar. Hemşire, ebe ve hekimler kurumlarda çocuk ve aile ile ilk karşılaşan meslek üyeleridir. ASM'de çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin "yüksek risk" gruplarını erken fark etmeleri ciddi örselenmeleri önlenmesi açısından da oldukça önemlidir (3,143,144). Çalışmaya katılan hekim, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali olgularının tanımlama noktasındaki önemli rolleri konusunda çok iyi bilgilendirilmemiş olduğu düşünülmektedir. Çünkü çalışmaya katılan sağlık personelinin yalnızca %3'ü aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında mutlaka olması gerektiğini belirtmiş ve hiçbiri hemşire ve ebelerin olması gerektiğini belirtmemiştir. 23-25 Mayıs 2014 yılında gerçekleşen Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu Sonuç Bildirgesinde belirtildiği gibi Çocuk istismarı ve ihmali olgularının erken tanısı ve önlenmesi açısından, birinci basamak sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir.

Çalışmaya alınan doktorların %56'sı ve hemşirelerin %43'ü ve ebelerin %77'si çocuk istismarı ve ihmali veya şüphesi ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Uysal'ın yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %28,4'ü, Kocaer'in çalışmasında hekimlerin %52,8'i, hemşirelerin %30,1'i çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşmış olduğunu belirtmişlerdir (3,118). Altınsu'nun çalışmasında hemşirelerin mesleki yaşantılarında çocuk ihmali ile karşılaşma oranı %51,8, çocuk istismarı ile karşılaşma oranı %38,4 olarak bulunmuştur (145). Kara ve ark. çalışmada (2014) çocuk uzmanlarının %82'si, çocuk asistanlarının %70,5'i, pratisyen doktorların %54,8'i istismar ve ihmal olgu veya şüphesi ile karşılaştıklarını belirtmiştir (143). Borres ve ark, (2007) çalışmasında, birinci basamak sağlık hizmeti sunulan birimlerde çok daha düşük oranda çocuk istismarı ve ihmali olgusu saptanmıştır. Bu durum ailelerle yakın çalışan birinci basamak doktorlarının, fiziksel istismara çocuk doktorlarından çok daha fazla hoşgörü gösterdikleri şeklinde yorumlanmıştır (146). Bizim çalışmamızda ebelerin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma oranı anlamlı derecede diğer meslek gruplarına göre

daha yüksektir. Bu fark, Sağlıkta Dönüşüm Yasası sonucu sağlık ocaklarının ASM'lere dönüştürülmesi ve ASM' de daha fazla ebelerin çalışmaya başlamasıyla açıklanabilir (147-149).

Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin öykü almada zorlandıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.3.1). Tanı koymada önemli olan öykü almada zorlanma çocuk istismarı ve ihmali vakalarının dikkatten kaçmasına neden olabilir. Sağlık profesyonellerin, tanı koymada bilgi sahibi olmaları ve multidisipliner bir çalışma yapmaları gerekmektedir. Çocuk istismar olguları genelde çocuğun durumu iyice bozulana kadar hekime getirilmez. Ayrıca küçük ipuçları yüzeysel öykü alma ile kaçırıldığından genellikle polikliniklerde çocuk istismarı ve ihmali vakaları gözden kaçabilir. İstismara uğrayan çocukların erken tanınması, etkili ve uygun tedaviye başlanması çocukların görecekları zararın boyutunu azaltabilir. İlk başvuruda saptanmayan istismar olgularının %30-50'si yeniden travmaya uğramakta, %5-10'u yenileyen travma sonucu kaybedilmektedir (150).

Çalışmaya katılan doktor (%16), hemşire (%46) ve ebelerin (%44) fizik muayenede zorlandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca doktor (%32), hemşire (%85) ve ebelerin (%68) kayıt tutmada zorlandıkları görülmektedir. Doktor (%56), hemşire (%92) ve ebelerin (%71) zorlandıkları diğer bir alandan ilgili kurumlara rapor etme sürecidir. Her üç grubun ilgili kurumlara rapor etmede zorlanmaları, çocuk istismar ve ihmalinin bildirimine yönelik yasal sürecin doğru olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Ağırtao ve ark, yapmış olduğu çalışmada (2009) çocuk istismarı vaka yönetiminde sağlık personelinin klinik bilgisinin yetersiz olmasının yanı sıra vaka geldiği zaman yasal olarak yapılması gereken işlemler konusunda da bilgilerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (151). Yine Beyaztaş ve ark, yapmış olduğu çalışmada (2009); tıp eğitiminin çocuk istismarı ve ihmali tanıma ve bildirim yapma konusunda yetersiz olduğu belirtilmektedir (152). Al-Moosa ve ark, (2003) Kuveyt'te 117 çocuk doktoru ile yaptıkları çalışmada doktorların %80'den fazlası olası istismar ve ihmali olguları ile karşılaştıklarında yasal süreçte neler yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir (153). Aynı şekilde Kocaer'in yapmış olduğu çalışmada da doktor ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali ilgili kurumlara rapor etmede yetersiz kaldığı bildirilmektedir (118). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalardan da anlaşıldığı gibi

sağlık profesyonellerinin yasal bildirim süreci ile ilgili kurum içi eğitimlere gereksinim duymaktadırlar.

Doktorların %40'ı, hemşirelerin %43'ü ve ebelerin %16'sı çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosedürün olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin tamamı, doktor ve ebelerin önemli bir kısmı kurumlarında olan çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosedürün yeterli olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.1). T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği'nin; "14. Maddesinde: çocuk sağlığı, çocuk ruh sağlığı, ağız ve diş sağlığı, çocuk ihmali, hırpalanması ve istismarı" gibi özel yaklaşım gerektiren durumlara yer verilmiştir (154). Sağlık profesyonellerinin yarıdan fazlasının (%68) talimattan haberdar olmaması kurumlarında talimat/prosedürlerin varlığı konusunda bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir.

Sağlık profesyonellerin tamamına yakını çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan ve/veya tanısı alan olguların hizmet alabileceği çocuk ve gençlik merkezlerinin olması gerektiğini belirtmişlerdir (Çizelge 4.3.1). Çocuk istismarı ve ihmalinin üçüncül önleme çalışmaları istismarın gerçekleşmesi durumunda zararın hafifletilmesi, yinelenmesinin önlenmesi, tedavi ve rehabilite edici çabaları kapsamaktadır. İstismara uğrayanlarla birlikte istismar edenlerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri gereklidir (17,21). Bu açıdan çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ya da tanısı olan olguların rehabilite edilebileceği merkezlerin varlığı çok önemlidir. Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesi için gerekli olan koruyucu ve önleyici çalışmaların planlanması, organize edilmesi ve uygulanması; özellikle cinsel, fiziksel ya da ağır ihmal sonucu travmaya maruz kalan çocuklar ile bu çocukların ailelerine yönelik, 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek önlemlerin alınması gereklidir. Çocuk ve ailesini olası travma ve örselenmede tedavi ve rehabilitasyonunun uygulanabileceği yataklı ve ayakta rehabilitasyon hizmeti verebilecek, çocuk, aile ve topluma yönelik tam donanımlı ve gerektiğinde uzun süreli rehabilitasyon çalışmalarının yapılabileceği merkezlere gereksinim vardır. Ayrıca Çocuk Koruma Merkezlerinin kurulması da bir zorunluluk olarak ortaya çıkarmıştır. Aydın'da Türkiye'deki ilk "Çocuk Koruma Merkezi" SHÇEK Bünyesinde hizmete girmiş (155). Daha sonara Aydın'da, Mersin Üniversitesi ve Marmara Üniversitesinde Çocuk Koruma Merkezleri hizmete girmiştir. SHÇEK dışında Milli Eğitim, Sağlık, Emniyet Müdürlükleri ile Adnan Menderes Üniversitesi,

Aydın Barosu, Jandarma Bölge Komutanlığı tarafından desteklenen bu merkezde destek veren kurumların temsilcileri valilik onayı ile görev yapmaktadır. Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin tamamına yakını (%96) bu tür merkezlerin kurulmasını desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerinin çok azı (%4) çocuk ve gençlik merkezlerinin kurulmasını desteklememektedir. Bu tür merkezlerin kurulmasını desteklemeyen sağlık profesyonellerinin tamamı bu tür kurumlarda çocukların yeniden istismar ve ihmale uğrama ihtimalinin olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye’de yalnızca 2000-2005 yılları arasında Çocuk Esirgeme Kurumunda kalan çocuklara yönelik yapılan cinsel istismar hakkında açılmış bulunan 478 dava vardır (156). Bu vakaların büyük bir kısmının gizli kaldığı göz önüne alındığında koruma altındaki çocukların istismar ve ihmal ile ilgili durumun gerçek boyutlarının ortaya çıkarılması için yeni çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Çocuk istismarı/ihmalı olgusu ile karşılaştığımızda bildirim yapma konusunda doktorların %4’ü, hemşirelerin %30 ve ebelerin %25’i olumsuz yanıt vermiştir. Tüm sağlık profesyonellerinin %19’u bildirim yapmayacağını belirtmiştir. Kara ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) istismar olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda doktorların %85’i bildirim yapmayı düşündüklerini belirtmiştir (143). Garrusi ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) doktorların %65’inin istismar olgusu ile karşılaştıkları, buna karşılık %4,5’inin olguların bildirimini yaptığı belirtilmektedir (157). Lazenbatt ve arkadaşlarının İrlanda’da hemşire, doktor ve diş doktoru gibi 419 sağlık çalışanını kapsayan fiziksel istismar ile ilgili çalışmasında (2006), meslek yaşamları boyunca fiziksel istismar şüpheli olgu ile karşılaşma oranı %60, bildirim yapma oranı %47’dir (158). Borres ve arkadaşlarının çalışmasında doktorların %21’nin hiç bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir (146). Van ve arkadaşlarının çalışmasında (1998) hekimlerin %43’ünün şüpheli olguların bildirilmesinden kaçındıkları gösterilmiştir (159). Jenny ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) kafa travması bulguları nedeni ile doktorların gördükleri istismar olgularının %33’ünün bildirilmediği saptanmıştır (160). Bildirimin yapılmaması, gerek ülkemizde ve gerekse diğer ülkelerde ciddi bir eksiklik. Çalışmamızda bildirim yapmayacağını söyleyen sağlık profesyonellerinin %55’i sosyal hizmetlerin konuyla ilgilenmeyeceğini, %18’i konuyla ilgilenmek istemediğini, %14’ü yasal süreçlere ait bilgisinin olmadığını, %14’ü ise



çocuğun ailesinden ayrılmasına neden olacağını gerekçe olarak göstermişlerdir. Çalışmamıza katılan sağlık profesyonellerin arasında bildirim yapmama oranının yüksek olması konuyla ilgili bilgi eksikliğinde kaynaklandığını düşündürmektedir. Çocuk istismarı ve ihmalinin bildirim yükümlülüğü Türk hukuk sisteminde açık bir şekilde ifade edilmiştir. Türk Ceza Kanunu 279'uncu maddesine göre Kamu adına soruşturma ve kovuşturma gerektiren bir suçun işlendiğini *göreviyle bağlantılı olarak öğrenip* de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden ya da bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, *altı aydan iki yıla kadar hapis cezası* ile cezalandırılır" ifadesi yer almaktadır. Görüldüğü gibi çocuk istismarı ve ihmali vakalarının bildirim yükümlüğünün ihmali cezai yaptırıma bağlanmıştır. Ayrıca bildirilmesi gereken suçun mağdurunun onbeş yaşını bitirmemiş bir çocuk olması, suçu bildirmeme suçunun (TCK M.278) cezayı ağırlaştırıcı nitelikli hali olarak kabul edilmiştir (161).

Çalışmaya katılan doktorların %87'si, hemşirelerin %90'ı ve ebelerin %91'i çalışmanın sonucu hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Sağlık profesyonellerin %89'unun çalışmamızın sonucu hakkında bilgi alma isteminin çocuk istismarı ve ihmeline karşı duyarlı ve ilgilerini göstermesi açısından önemli olduğunu düşündürmektedir.

## **Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlama Ölçeği ve Alt ölçek Puan Ortalamaları**

Tüm grupların genel ölçek puan ortalaması  $3,71\pm0,36$ , istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalaması  $3,92\pm0,4$ , çocuk istismarına ilişkin davranışsal belirtiler puan ortalaması  $3,80\pm0,42$ , ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması  $3,91\pm0,58$ , istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması  $3,42\pm0,55$ , istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması  $3,35\pm0,54$  ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler puan ortalaması  $3,72\pm0,51$ 'dir. Genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının maksimum 5 olduğu göz önüne alındığında çalışmamıza katılan doktor, hemşire ve ebelerin genel ölçek ve alt grup ölçek puan ortalamalarının 5 olmaması bize çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi gereksiniminin olduğunu göstermektedir. İhmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması diğer ölçek puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Bu da istismar ve ihmale yatkın ebeveyn ve çocukların tanınması konusunda ciddi anlamda bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir. İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin ve çocukların tanınması çocuk istismarı ve ihmali vakalarının primer önleme aşamasındaki en önemli basamaktır.

Doktorların genel ölçek puan ortalaması  $3,84\pm0,35$ , hemşirelerin  $3,67\pm0,37$ , ebelerin ise  $3,61\pm0,32$ 'dir. Doktorların genel ölçek puanı ortalaması ebelerin genel ölçek puanı ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Uysal ve arkadaşlarının aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada (1998) hemşirelerin genel ölçek puan ortalaması  $3,73\pm0,73$ , ebelerin genel ölçek puan ortalaması  $3,63\pm0,33$  bulunmuş ve 2 grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (2). Koacer'in yapmış olduğu çalışmada (2006) ise hekimlerin genel ölçek puan ortalaması  $3,92\pm0,40$ , hemşirelerin ise  $3,74\pm0,40$  olarak bulunmuş ve doktorlarının genel ölçek puan ortalamasının hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (118). Bu sonuç doktorların öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alım düzeyinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Gölge ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2011)

ise doktorların genel ölçek puan ortalaması  $3,82\pm 0,37$ , hemşire ve ebelerin  $3,76\pm 0,37$  olarak bulunmuş ve 2 grup arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (139). Bizim çalışmamızda doktorların genel ölçek puan ortalamasının ebelerden istatistiksel olarak anlamlı bulunmasının nedeni doktorların öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alım oranının (%76) ebelerden (%52) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu veri, sağlık profesyonellerinin öğrenimleri sırasında ve sonrasında çocuk istismarı ve ihmeline yer verilmesinin önemini göstermektedir.

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalaması doktorlarda  $4,05\pm 0,4$ , hemşirelerde  $3,92\pm 0,3$  ve ebelerde  $3,79\pm 0,42$ 'dir. Doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalaması ebelerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Kocaer'in çalışmasında da istismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtileri ile ilgili hekimlerin puan ortalaması ( $3,83\pm 0,38$ ), hemşirelerin ( $3,77\pm 0,37$ ) puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (118). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalaması ( $3,82\pm 0,38$ ) ebelerin puan ortalamasından ( $3,64\pm 0,39$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (2). Gölge ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtiler puan ortalaması  $3,97\pm 0,39$ , hemşire ve ebelerin puan ortalaması  $3,89\pm 0,37$  olarak bulunmuş ve 2 grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (139). İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinin bilinmesi istismar ve ihmalinin tanınmasında yol göstericidir. Yalnızca fiziksel belirtilerin karakteristik özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmali tanısı konulabilir. Örneğin fiziksel istismarda oluşan ekimoz, yumuşak doku hasarları, yanıklar, kemik, eklem, beyin ve göz hasarları, iç organlara ait hasarlar, zehirlenmeler ve gelişim geriliklerinin yanı sıra cinsel istismara ilişkin genital bölgede hasarların olması, erken yaşta gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel kimlik sapmaları, istismarın fiziksel belirtilerindedir (162). İstismar ile ilgili alınan ayrıntılı öyküde bu belirtilerin üzerinde önemle durulması olayı tanılamasında kolaylık sağlamaktadır. Cinsel istismara uğramış çocuklar tanı koydurucu fiziksel ve ruhsal belirtilerle gelebileceği gibi, özgül olmayan bazı yakınmalarla da sağlık merkezlerine başvurabileceği unutulmamalıdır (163,164,165). Bu nedenle çocuk istismarı ve ihmalinin fiziksel belirtilerini tanımanın yanı sıra ilk olarak çocuk istismarı ve

ihmalinden şüphelenme tanı koymanın yapıtaşlarından. İstismar nedenli kırıkların %52-63'ünde travma öyküsünün bulunmaması bu konuda çarpıcı bir tespittir (166,167). Dolayısıyla istismar ve ihmal şüphesi ile ayrıntılı değerlendirme gözden kaçan pek çok vakada tanı konulmasını kolaylaştıracaktır.

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtilerin puan ortalaması doktorlarda  $3,88\pm 0,42$ , hemşirelerde  $3,81\pm 0,46$  ve ebelerde  $3,71\pm 0,37$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtilerin alt ölçek puan ortalaması, Uysal'ın çalışmasında hemşirelerde  $3,92\pm 0,39$ , ebelerde  $3,84\pm 0,45$  dır. Kocaer'in çalışmasında hekimlerde  $3,85\pm 0,42$ , hemşirelerde  $3,92\pm 0,39$  bulunmuştur (3,118). Her iki çalışmada da bizim bulgularımızla uyumlu olacak şekilde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

İstismar, çocuklarda fiziksel ve psikolojik zararların yanı sıra, erişkinlik döneminde de olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bunlar; gelişimsel bozukluklar, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol ya da ilaç bağımlılığı, depresyon, anksiyete, panik bozukluğu, suç işleme ve şiddet davranışında artış, kendine zarar verme ve intihara eğilim, kendi çocuklarına da aynı yöntemleri kullanma eğilimi olarak sayılabilmektedir (163,164). İstismar ve ihmal edilmiş çocuklar tedavi edilmediğinde düşük benlik saygısı ve olumlu ilişkiler kurmada zorluk yaşayan duygusal olarak sorunlu bireyler olabilmektedirler. McMillan ve arkadaşlarının çalışmasında da çocukluk çağı istismar yaşantısı olanlarda yaşam boyu psikopatoloji gelişme riskinin arttığı vurgulanmaktadır (168). Çakıcı ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) sigara ve alkol kullanımı arttıkça istismara uğrama oranının da arttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada sigara ve alkole erken başlama oranı ağır fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalanlarda daha fazla görülmüştür (169). Kars ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında ise çocuk istismarı ve ihmalinin çocuğu etkilediği ve başarısız öğrenciler arasında istismara maruz kalanların sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur (170).

Çalışmamıza alınan sağlık çalışanlarının alt ölçek grupları arasında ikinci en iyi puan alınan alt ölçek grubu olan İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek puan ortalaması doktorlarda  $3,95\pm 0,65$ , hemşirelerde  $4\pm 0,56$  ve ebelerde  $3,81\pm 0,50$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Fiziksel ihmal yaşam için gerekli olan temel gereksinimlerin (besleme, ısınma, sağlık, giyinme, barınma,

korunma vb) karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır. Duygusal ihmal ise çocuğun sevilmemesi ve gereksinimi olan ilgi ve yakınlığın gösterilmemesi olarak tanımlanmaktadır. Cinsel ihmal, ise çocuğun cinsiyetine uygun davranılmaması ve giydirilmemesi olarak tanımlanmaktadır (171). Altınsu'nun çalışmasında hemşireler en çok cinsel ihmal belirtilerini (%65.2), ikinci olarak duygusal ihmal belirtilerini (%54.5), üçüncü olarak da fiziksel ihmal belirtilerini (%43.8) tanıyabilmişlerdir (145). İstismar ve ihmale uğramış çocukların, korunmaya alınmaması, ihbar edilmemesi, gerekli araştırma ve yaptırımların uygulanmaması nedeniyle hem toplumsal hem de devlet tarafından ihmal edilmesi ise sosyal ihmal olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar olgularının yalnızca %15'nin bildirilmesi, sosyal ihmalin yani bu vakaların bildirilmesi konusundaki ihmalin ciddi anlamda yüksek olmasını göstermesi açısından önemlidir (172).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması doktorlarda  $3,64 \pm 0,52$ , hemşirelerde  $3,40 \pm 0,44$ , ebelerde ise  $3,29 \pm 0,58$ 'dir. Doktorların istismar ve ihmale yatkın ebeveynler puan ortalaması ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Uysal çalışmasında hemşireler ölçek puanından  $3,41 \pm 0,47$ , ebeler ise  $3,42 \pm 0,49$  puan almış ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kocaer'in çalışmasında ise hekimler  $3,34 \pm 0,48$ , hemşireler ise  $3,13 \pm 0,70$  puan almışlardır. Bu çalışmada her iki grup en düşük puan ortalamasını alt ölçekten almıştır ve hekimlerin puan ortalaması hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (3). Ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşüklüğü, çocuk gelişimi ve yetiştirilmesiyle ilgili bilgi yetersizliği, ailedeki çocuk sayısının fazla olması, ana ve babanın yaşlarının küçük olması, ana ve babanın çocukluklarında istismar ve ihmale maruz kalmış olmaları, sosyal çevrelerinin dar olması, aile içi ilişkilerin olumsuzluğu, çocuklardan gerçek dışı beklentilerin olması, ana ve babanın saldırgan oluşu, alkol, uyuşturucu ya da ilaç bağımlısı olması, ana ve babaların sorumluluk ve adalet duygularının yeterince gelişmemiş olması, ana ve babaların olgunlaşmamış bir kişiliğe sahip olmaları ve paronoid, şizoid gibi kişilik bozukluklarının olması gibi özellikler çocuk istismarı ve ihmaline yol açabilmektedir (173,174,175). Altınsu ve arkadaşlarının çalışmasında (2004), anne ve babaların psikotik sorunlarının olmasını, tek ebeveynlik, eşler arası geçimsizlik, genç yaşta ebeveyn olmanın çocuk istismarı ve ihmaline yol açan aileye ait faktörler olduğu

saptanmıştır (145). Eğitim düzeyi düşük ailelerin yüzde 40'ı çocuklarını istismar ederken, eğitim düzeyi yüksek ailelerde bu oran yüzde 17'dir (21). Çalışmalar annelerin öğrenim düzeyi azaldıkça daha fazla fiziksel istismar/ihmal davranışlarına başvurduklarını göstermektedir (176-178). Alkol kullanan ebeveynlerde çocuklara yönelik fiziksel ve cinsel istismar oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (179). Brown ve arkadaşlarının çocuklarını istismar eden ve etmeyen aileler ile yaptığı çalışmada (1995), ilaç ya da alkol bağımlılığına ilişkin geçmişi olan ailelerin çocuklarını daha fazla istismar ya da ihmal ettiğini ve ilaç ya da alkol bağımlılığı ile çocuk istismarı ve ihmali arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (180). İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özelliklerinin sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi risk altındaki çocukları tanınması açısından son derece önemlidir. Hem bizim çalışmamızda hem de Uysal ve Kocaer çalışmalarında çıkan sonuçlara göre sağlık profesyonellerinin bu alt ölçek puan ortalamaları düşüktür (3,118). Bu araştırma sonuçları risk altındaki çocukların belirlenmesi açısından önemli olan konuların sağlık profesyonellerinin temel ve hizmet içi eğitim programlarında yer verilmesi ve sürekli güncellenmesinin önemini göstermektedir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması hekimlerde  $3,39\pm 3,31$ , hemşirelerde  $3,31\pm 0,7$  ve ebelerde  $3,34\pm 0,46$ 'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Uysal'ın çalışmasında alt ölçek puan ortalaması hemşirelerde  $3,03\pm 0,73$ , ebelerde  $2,96\pm 0,61$ 'dir. Kocaer'in çalışmasında ise hekimlerde  $3,77\pm 0,48$ , hemşirelerde  $3,72\pm 0,55$ 'dir (3,118). Uysal ve bizim çalışmamızda sağlık profesyonelleri en düşük puan ortalamasını istismar ve ihmale yatkın çocukların özelliklerinden almıştır. Fiziksel ya da zihinsel özürü çocuklar, özellikle güç eğitilebilir olanlar, ölümcül ya da kronik hastalığı olanlar, hiperaktif çocuklar, prematüre ve normal doğum kilosundan çok daha düşük ağırlıkta doğmuş olanlar daha fazla istismara maruz kalmaktadırlar. Yine istenmeyen ya da gayri meşru doğan çocuklara karşı tutum ve davranışlar genellikle olumsuz olmakta, çocuklar her türlü hak ve statüden yoksun bırakılmaktadırlar (181,182,183). İlk doğan çocuklarda ana ve babaların beklentileri daha yüksek olmaktadır. Bu çocuklardan yaşına uygun olmayan davranışlar beklenmektedir. Dolayısıyla çocuklar başarılı olma yönünde baskı duymaktadırlar. Bu bilgilere yaş arttıkça istismarın azaldığı da eklenebilir. Bebeklerde ve okul öncesi dönem çocuklarında istismarın daha fazla görülmektedir. Sibert ve

arkadaşlarının bir yaş altındaki bebeklerde istismarın görülme sıklığının araştırıldığı çalışmada (2002) bir yaş altındaki bebeklerde istismara uğrama oranı 1-4 yaş arasındakilere göre 6 kat daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada 5-13 yaş arasındaki çocuklardan ise 120 kat daha fazla bulunmuştur (184).

Bizim çalışmamızda Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puan ortalaması doktorlarda  $3,83\pm 0,51$ , hemşirelerde  $3,61\pm 0,57$  ve ebelerde  $3,69\pm 0,49$ 'dur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puan ortalaması ( $4,05\pm 0,59$ ), ebelerin ( $3,81\pm 0,53$ ) puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (3). Uysal çalışmasında sonucun yüksek olması çalışmaya katılan hemşirelerin öğrenim düzeyinin (%70,1) ebelere göre (%42,8) yüksek olmasına bağlamıştır. Bizim çalışmamıza katılan ebelerin yüksek öğrenim düzeyi %47 hemşirelerin ise %60'dır. Kocaer'in çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (118). Yapılan çalışmalar çocuk istismarı ve ihmal ile ilgili en önemli risk faktörünün ailenin ciddi ekonomik sıkıntısı olduğunu göstermiştir (185-187). Ayrıca çocuk sayısının fazla olması, işsizlik, ebeveynlerden birinin üvey olması, ailenin sosyal desteklerinin yetersiz olması ve annenin şiddete uğramış olması hazırlayıcı risk faktörler olarak gösterilmiştir (188,189). Çocukluğunda istismar görmüş annelerin kendi çocuklarını istismar etmeye daha yatkın olduğu da yine çalışmalarla gösterilmiştir (113,190-192). Nuran ve ark, anneler ile yapmış oldukları bir çalışmada (2002) ailedeki çocuk sayısının fazla olması ve eşi tarafından fiziksel şiddet görmesi, annelerin çocuklarına fiziksel istismar ve ihmal davranışına başvurmada önemli etken olarak gösterilmiştir (192). Fiziksel ve duygusal istismar/ihmal davranışını ortaya çıkaran nedenlerin ailelerle paylaşılması ve çözüm yolları için danışmanlık hizmetlerinin birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri tarafından verilmesi çocuk istismarı ve ihmal vakalarının önlenmesi açısından önemlidir.

Hemşire ve ebelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Uysal'ın çalışmasında hemşire ve ebelerde, Koacer'in çalışmasında hekim ve hemşirelerde çocuk sahibi olma durumuna göre genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık bulunmamıştır (3,118). Çocuk sahibi olan doktorlar ile çocuk sahibi olmayan doktorlar arasında çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ve çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çocuk sahibi olan doktorların genel ölçek puan ortalaması ( $3,89 \pm 0,35$ ) çocuk sahibi olmayan doktorların genel ölçek puan ortalamasından ( $3,57 \pm 0,22$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Çocuk sahibi olan doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalaması ( $4,11 \pm 0,39$ ) çocuk sahibi olmayan doktorların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri puan ortalamasından ( $3,71 \pm 0,30$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Çocuk sahibi olan doktorların ihmali çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması ( $4,02 \pm 0,68$ ), çocuk sahibi olmayan doktorların ihmalinin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalamasından ( $3,58 \pm 0,21$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Çocuk sahibi olan doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık ve hassasiyetlerinin artmış olması düşünülmektedir.

Uysal'ın çalışmasında medeni durum çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama genel ölçek puan ortalaması açısından hemşire ve ebeler arasında, Koacaer'in çalışmasında ise hekim ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmamıştır (3,118). Bizim çalışmamızda ise hemşire ve ebelerin medeni durumu çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Boşanmış olan veya eşleri vefat etmiş olan doktorların istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması ( $4,73 \pm 0,09$ ), evli ve bekar doktorların istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Doktorlar arasında medeni durum açısından diğer ölçek alt grup puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda eşini kaybetmiş veya eşlerinden ayrılmış olan iki kişinin olması; Uysal çalışmasında olmaması; Koacaer çalışmasında ise diğer grubuna yer verilmemesi nedeniyle sonuçlar hakkında net bir yorum için yeterli miktarda veri bulunmamaktadır.



Meslekteki çalışma süreleri açısından meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında tüm meslek gruplarında genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olacak şekilde Uysal ve Kocaer çalışmalarında da meslekte çalışma süresi gruplar içinde puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır (3,118). Bahçecik ve arkadaşlarının çalışmasında da (1994) hemşirelerin çalışma yılları ile istismar ve ihmal nedenlerini bilme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (177).

Aile Sağlığı Merkezinde çalışma süreleri açısından meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında tüm meslek gruplarında genel ölçek puan ortalaması ve bütün alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Uysal'ın Kocaer'in ve ark. çalışmalarında da gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (3,118).

Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alımları açısından meslekler kendi içerisinde karşılaştırıldığında doktor ve ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve tüm alt grup ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alan hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması (3,09±0,68) öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almayan hemşirelerden (3,60±0,64) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür. Hemşireler arasından genel ölçek puanı ve diğer alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır. Uysal'ın ve Koacaer'in çalışmalarında da gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (3,118). Sağlık profesynellerinin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusuna istenilen düzeyde yer verilmemesi bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer iki çalışmanın sonuçları açısından oldukça dikkat çekicidir.

Mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alıp almamalarına ve alınan eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldığında tüm meslek gruplarında genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Uysal'ın (1998), Koacer'in (2006) ve Gölge ve ark( 2011) çalışmaları, çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olacak şekilde mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alıp almama durumu ve

aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmama durumlarına göre tüm meslek gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (3,118,139). Mezuniyet sonrası alınan eğitimin, yetersiz olması ya da yıllar içerisinde unutulması nedeniyle ölçek puan ortalamalarını etkilememiş olduğu düşünülebilir. Dolayısıyla çocuk istismarı ve ihmali konusunda sağlık profesyonellerine verilen eğitimin sürekliliği ve niteliği oldukça önemlidir.

İş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali veya şüphesi ile karşılaşmış ve karşılaşmamalarına göre meslekler kendi içlerinde karşılaştırıldıklarında doktor ve hemşirelerde genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Uysal'ın, Koacer'in çalışmalarında iş yaşamında çocuk istismarı veya şüphesi ile karşılaşmanın puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı bulunmuştur (3,118). Ancak bizim çalışmamızda ebelerde iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusu yada şüphesi ile karşılaşan grupta istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması (3,03±0,49), iş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşmayanların puan ortalamasından (3,40±0,62) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (p:0,036). Ebelerde genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedürün varlığının çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlama ölçeği genel ölçek puan ortalaması ve alt grup puan ortalamalarında doktor ve hemşirelerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmadığı bulunmuştur. Ebelerde ise çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunan grubun çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler puan ortalaması (4,08±0,38) çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat bulunmayan grubun, çocuktaki davranışsal belirtiler puan ortalamasından (3,65±0,29) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,005). Uysal'ın ve Koacer'in çalışmalarında ise tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (3,118). Çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunan doktor, hemşire ve ebeler kendi içlerinde mevcut talimat/prosedürü yeterli bulup bulmamalarına göre karşılaştırıldıklarında, hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ebelerde ise mevcut talimat/prosedürü yetersiz bulan bir ebeğin

bulunması nedeniyle istatistiksel bir karşılaştırma yapılamamıştır. Mevcut talimat/prosedürü yeterli bulan doktorların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalaması ( $4,32 \pm 0,68$ ), mevcut talimat/prosedürü yeterli bulmayan doktorların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puan ortalamasından ( $3,22 \pm 0,99$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p=0,015$ ). Doktorlarda genel ölçek puan ortalaması ve diğer alt grup ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır. Ebelerde mevcut talimat/prosedürün varlığından haberdar olma, doktorlarda ise mevcut prosedür/talimatı yeterli bulma tek bir alt ölçek puan ortalamasında anlamlı yükselmeye neden olmuş olsa da mevcut talimat/prosedürlerin geliştirilmesi ve mevcut talimat/prosedür konusunda sağlık personelinin haberdar edilmesinin getireceği olumlu etkileri göstermesi açısından önemli bir veri olarak kabul edilebilir.

Çocuk istismarı/ihmalî olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapan doktor ve ebelerin genel ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çocuk istismarı ve ihmalî olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapan hemşirelerin genel ölçek puan ortalaması, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puan ortalaması, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler puan ortalaması, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikleri puan ortalaması hayır yanıtı veren hemşirelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür. Çocuk istismarı ve ihmalî konusuna daha hakim olan hemşirelerin bildirim konusundaki tereddütleri sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmalini bildirme konusunda cesaretlendirilmelerinin önemini göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda;

- Çalışmaya alınan Hemşire, Ebe, Doktorların yarısından fazlası çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşmıştır.
- Hemşire, Ebe, Doktorların yarısına yakını öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almamıştır.
- İş yaşamı süresince çocuk istismarı ve ihmali ya da şüphesi ile en fazla karşılaşan meslek grubu ebeler olmasına karşın öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmal ile ilgili en az bilgi alan meslek gurubu ebelerdir.
- Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan Hemşire, Ebe, Doktorların önemli bir kısmının öykü alma, kayıt tutma ve ilgili kurumlara rapor etme konusunda zorlanmaktadır.
- Hemşire, Ebe, Doktorların önemli bir kısmı çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosedürden haberdar değildir.
- Hemşire, Ebe, Doktorların dörtte biri çocuk istismarı ve ihmali ya da şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapmayacaklarını belirtmişlerdir.
- Doktorların yaklaşık dörtte biri, hemşire ve ebelerin yarısından fazlası mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda sertifikalı bir eğitime katılmışlardır. Hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrası sertifikalı bir eğitim alma oranı hekimlere göre anlamlı derecede daha yüksektir.
- İhmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puan ortalaması, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamaya yönelik ölçeğin diğer alt bölüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Birinci basamakda çalışan sağlık profesyonellerinin temel ve hizmet içi eğitimleri sırasında ocuk istismarı ve ihmali konularına yer verilmesi,
- ocuk istismarı ve ihmali vakalarının kaydedilmesi ve ilgili kurumlara iletilmesi ile ilgili talimat/prosedür hakkında bilgilendirilmesi,
- ocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanmasında ve önleminde daha etkili, sistematik talimat ve prosedürlerin geliştirilmesi,
- ocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. **Sezal D.** *Toplum ve Aile Sosyolojiye Giriş*. 1. Baskı, Ankara: Martı Yay, **2002**: 172-173.
2. **Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş.** Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. *Yeni Symposium Journal*, **2006**; 44(2):100-106
3. **Uysal A.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **1998**.
4. **Bahar G, Savaş H, Bahar A.** Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(12): 52-53.
5. **Oral Ü, Engin P, Büyükyazıcı.** *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor*. UNICEF, **2010**: 7-8.
6. **Tarullo, A.** Effects of Child Maltreatment on the Developing Brain. CW360 Using a Developmental Approach in Child Welfare Practice. Minnesota, **2012**:11.
7. **Çatık A. E, Çam O.** Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2006**; 22 (2): 103-119.
8. **Taner Y, Gökler B.** Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2004**; 35(2): 82-83.
9. **Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M.** Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2012**; 4(1): 112-137.
10. **Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S.** Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**; 24(3): 128 –134.
11. **Etienne G, Linda K, James A, Anthony B.** World Report on Violence and Health, WHO. Genava, **2002**: 60-64.

12. **U.S. Department of Health and Human Services.** Child Maltreatment, Children's Bureau, **2010**; 5-10 Erişim: <http://archive.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm10/cm10.pdf> Erişim tarihi: 10.11.2014
13. **Müderrişoğlu S, Dedeoğlu C, Akbulut B, Akça S.** *Türkiye'de 0-8 yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması.* **2014**;18-19
14. **Türkiye Büyük Millet Meclisi.** *Türkiye'de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklarda Şiddet ve Bunu Etkileyen Etkenlerin Saptanması.* TBMM Basımevi, Ankara, Nisan **2007**.
15. **UNİCEF.** *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Kitabı.* **2010**;17-24
16. **Bahçecik N, Kavaklı A.** Çocuk İstismarı ve İhmalini Hazırlayıcı Nedenler. *Hemşirelik Bülteni*, **1993**;7(28): 33-38.
17. **Turhan E, Sangün Ö, İnandı T.** Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *STED*, **2006**; 15(9)153.
18. **UNICEF Türkiye.** Çocuk Yaşatma, Beslenme ve Sağlık **2003**. Erişim: [www.unicef.org.tr/tr/.../child-survival-nutrition-and-health-2.html](http://www.unicef.org.tr/tr/.../child-survival-nutrition-and-health-2.html)Önbellek Erişim tarihi: 12.11.2014
19. **Yavuz MS, Buyukyavuz I, Savas C, Özgüner İF, Kupeli A, Asirdizer M.** Abattered Child Case with Duodenal Perforation. *J Forensic Leg Med*, **2008**;15(259):62-63
20. **Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G.** *European Report on Preventing Child Maltreatment.* World Health Organization, **2013** ;3-4
21. **Bildik T.** Çocukluk Çağı Duygusal İstismarı. *Çocuk Forumu*, **2002**;(5): 9-13
22. **Ziyalar N.** Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi. *Çocuk Forumu*, **1998** ;2(1): 31-33.
23. **Yağan M.** Çocuk İstismarının Önlenmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 2009 :42

24. **Olds L. D, Henderson R.C.** Improving the Life Course Development of Socially Disadvantaged Mothers: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *American Journal of Public Health*. **1998**; 1436-1445.
25. **Keser N, Odabaşı E, Elibüyük S.** Ana-Babaların Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, **2010**; 4(3): 150-157
26. **İnan A.** Çocuğun Korunması ve Polis. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **1980**; 37(1):244
27. **Yörükoğlu A.** *Değişen Toplumda Aile ve Çocuk*. 6. Basım, Özgür Yayınları, İstanbul: **2000**;:22-25
28. **Postman N.**, *Çocukluğun Yokoluşu*. Çev: Kemal İNAL, İmge Yayınevi, Ankara, **1995**;21-35
29. **Onur B.** Çocuk Tarih ve Toplum. İmge Kitabevi, Ankara, **2007**;97.
30. **Tan M,** Çocukluk, Dün ve Bugün”, Toplumsal Tarihte Çocuk Sempozyumu, İstanbul 23-24 Nisan **1993**;7-10.
31. **Onur B.** *Anılardaki Aşklar Çocukluğun ve Gençliğin Psikoseksüel Tarihi*, Kitap Yayınları, İstanbul, **2005**.
32. **Dubowitz H.** Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev* **2002**; 23: 191-196.
33. Dr. Özge Ballı (Çukurova Ün. Tıp Fakültesine Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi) – Uzmanlık Tezi, Adana 2010
34. **Jain M.** Emergency Department Evaluation of Child Abuse. *Emerg. Med. Clin. North Am.*, **1999**; 17: 575-593
35. **Vatanserver Ü.** *Çocuk Acil Tıp Kitabı*. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Yayını, **2004**;6(22).



36. **Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H.** Child Abuse and Neglect. *Scand J Surg*, **2011**;100(4):264-72.
37. **Bilir Ş, Arı M, Donmez NB, Guneysu S.** 4-12 Yaşlar Arasında 16.000 Çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. Ofset Tipo Matbaacılık San. Tic. Ltd Sti, Ankara, **1999**;9-19.
38. **Saka E.** Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca Karara Bağlanmış Çocuk Ölümünün Çivi Açısından İncelenmesi. Uzmanlık tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Adli Tıp Anabilimdalı, Sivas, **2004**.
39. **Pierce MC, Smith S, Kaczor K.** Brusing in Infants. *Pediatr Emerg Care*, **2009**; 25: 845-847.
40. **King W K, Kiesel E L, Simon H K.** Child Abuse Fatalities: are we Missing Opportunities for Interventon? *Pediatr EmergCare*, **2006**; 22: 212-4.
41. **Oral R, Yagmur F, Nashelsky M, Turkmen M, Kirby P.** Fatal abusive head trauma cases. *Ped Emerg Care*, **2008**; 24: 816-21.
42. **Kara B, Biçer U, Gökalp AS.** Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi., **2004**;47(2):140 51
43. **Bütün C, Beyaztaş FY, Oral R, Güney C, Büyükkayhan D, Sato Y.** Baba Tarafından İkiz Çocuk İstismarı. *Turk Arch Ped*, **2011**;46(4):346-50.
44. **Magiure S.** Which Injuries may İndicate Child Abuse?. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* **2010**; 95: 170-7.
45. **Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA,** Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*. **2012**; 171: 877-85.
46. **Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJH, Merwe MHV, Vooijs-Moulaert FAFSR et al.** Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch Dis Child*. **2011**; 96:422-5.
47. **R, Widom Gilbert CS, Browne K, et al.** Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. **2009**; 373:68-81.

48. **Feldman KW.** The Bruised Premobile Infant: Should you Evaluate Further?. *Pediatr Emerg Care*, **2009**; 25: 37-39.
49. **Palusci, V. J., Covington, T. M.** Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, **2013**:38(1).
50. **Schnitzer, P. G., Covington, T. M., Wirtz, S. J., Verhoek- Oftedahl, W., & Palusci, V. J..** Public health surveillance of fatal child maltreatment: Analysis of 3 State programs. *American Journal of Public Health*, **2013**:98(2), 296–303.
51. **Maguire S, Moynihan S, Mann M, Portokar T, Kemp AM.** A Systematic Review of the Features that Indicate Intentional Scalds in Children. *Burns*, **2008**; 34: 1072-1081
52. **Nguyen HT, Dunne PM, Le AV.** Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization* **2010**; 88:22-30.
53. **Chahal M, Cawson C.P.** Measuring child mal-treatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, **2005**; 29:969-984.
54. **Eissa MA, Almuneef M.** Child abuse and neglect in Saudi Arabia: Journey of recognition to imple-mentation of national prevention strategies. *Child Abuse Negl* **2010**; 34:28-33.
55. **Oral R, Blum KL, Johnson C.** Fractures in Young Children:Are Physicians in the Emergency Department and Orthopedic Clinics Adequately Screening for Possible Abuse? *Ped Emerg Care*, **2003**; 19: 148-53.
56. **Barsness KA1, Cha ES, Bensard DD, Calkins CM, Partrick DA, Karrer FM, Strain JD.** The Positive Predictive Value of Ribfractures as an Indicator of Nonaccidental Trauma in Children. *J Trauma*, **2003**; 54: 1107-1110
57. The American Colloge of Radiology practice Guideline for Skeletal Surveys in Children, 2011.
58. **Cooper A1, Floyd T, Barlow B, Niemirska M, Ludwig S, Seidl T, O’Neill J, Templeton J, Ziegler M, Ross .** Major Blunt Abdominal Trauma due to Child Abuse. *J Trauma* ,**1988**; 28:1483-1488
59. **Collins KA, Nichols CA.** Decade of Pediatric Homicide:a Retrospective Study at the Medical University of South Carolina. *Am J Forensic Med Pathol*, **1999**; 20: 169-172.

60. **Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA.** Nonaccidental Head Injury in Infants-the Shaken Baby Syndrome. *N Engl J Med*, **1998** ;338: 1822-1829
61. **Reece RM, Sege R.** Childhood Head Injuries: Accidental or Inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med*, **2000**; 154: 11-15.
62. **Herman BE, Makoroff KL, Corneli HM.** Abusive Head Trauma. *Pediatr Emer Care*, **2011**; 27: 65-69.
63. **Rubin DM, Christian CW, Bilaniuk LT, Zazyczny KA, Durbin DR.** Occult Head Injury in High-Risk Abused Children. *Pediatrics*, **2003**; 111: 1382-1386
64. **Levin AV.** Retinal Hemorrhage in Abusive Head Trauma. *Pediatrics*, **2010**; 126; 961-970
65. **Helfer RE, Slovis TL, Black M.** Injuries Resulting When Small Children Fall out of bed. *Pediatrics*, **1977**; 60: 533-535.
66. **Lyons TJ, Oates RK.** Falling out of bed: a Relatively Benign Occurrence. *Pediatrics* **1993**; 92: 125-127.
67. **Berwick DM, Levy JC, Kleinerman R.** Failure to Thrive: Diagnostic Yield of Hospitalisation. *Arch Dis Child*, **1982**; 57:347-351.
68. **Putnam FW.** Ten-year Research update review.Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **2003**;42(3):269-78.
69. **Çetin FÇ, Pehlivanürk B, Ünal F.** *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 1. Baskı, hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2008**;470-7.
70. **Nurcombe B.** Child Sexual Abuse I: Psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry*, **2000**;34(1):85-91.
71. **Polat O.** *Cinsel İstismar, Çocuk ve Şiddet*. Der Yayınları, İstanbul 2001;207-314.
72. **Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J.** ThePrevalence of Child Sexual Abuse in Community and Student Samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, **2009**;29:328–338

73. **Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ.** *A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World.* *Child Maltreat*, **2011**;16:79–101
74. **Walter R. McDonald M.** *Child Malteratment 2012* U.S. Department of Health and Human Services, **2012**:4-20
75. **Aysev A, Taner Y.** *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* 1. Baskı, İstanbul: Golden Print, **2007**;721-36
76. **Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K.** Cinsel İstismara Uğramış Çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi* **2009**;8(1):24-32.
77. **Çengel Kültür E, Çuhadaroğlu Çetin F, Gökler B.** Demographic and Clinical Features of Child Abuse and Neglect cases. *Turk J Pediatr*, **2007**;49(3):256-62.
78. **Goode E.** Researchers See Decline in Child Sexual Abuse Rates. *The New York Times* 28 June **2012**.
79. **Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal MK, Alyanak B.** Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**;2(2):69-78.
80. **Gunduz T, Karbeyaz K, Ayranci U.** Evaluation of the Adjudicated Incest Cases in Turkey: Difficulties in Notification of Incestuous Relationships. *J Forensic Sci*, **2011**; 56: 438-43
81. **Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Albayrak D, Uysal O, İlter O.** Sexual Abuse Among Female High School students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl*, **2006**;30(3):247-55.
82. **Alpaslan A.** Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2014**;15(2):194-201
83. **Yavuz MF.** Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım. *Adli Tıp Dergisi* **1996**;12(3):155-60.
84. **Barutçu N, Yavuz MF, Çetin G.** Cinsel Saldırı Mağdurlarının Karşılaştığı Sorunlar. *Adli Tıp Bülteni* **1999**;4(2):41-53.

85. **Göker Z, Aktepe E, Hesapçoğlu S, Kandil S.** Cinsel İstismar Mağduru Olan Çocukların Başvuru Şekilleri, Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. *S.D.Ü Tıp Fakültesi Dergisi* **2010**;17(4)/15-21
86. **Syengo-Mutisya CM, Kathuku DM, Ndeti DM.** Psychiatric Morbidity Among Sexually Abused Children and Adolescents. *East Afr Med J*, **2008**;85(2):85-91.
87. **Demir M.** Çocuk ve Ergenlerin Cinsel İstismarı Sonrasında Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Özelliklerinin İncelenmesi. Uzmanlık tezi. Uludağ Üniversitesi, Bursa, **2008**.
88. **Keskin G, Çam O.** Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Hemşirelik Yaklaşımı. *Yeni Symposium* **2005**;43(5):118-25
89. **Rutter M, Taylor E, Hersov L.** *Child and Adolescent Psychiatry Modern a Approaches*. 3rd Edition, Blackwell Science, **1994**:230-51.
90. **Yahn A.** Okul Öncesi Çocuklarda Cinsel İstismarı Önleme Programı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **1993**;2(1):19-27
91. **Alikaşifoğlu M.** *Cinsel istismar*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi STE Sempozyum Dizisi No: 57, Nisan **2007**: 183-192
92. **Polat O.** *Çocuk ve Şiddet*. İstanbul: Der Yayınları, **2002**:85-97
93. **Kozcu, Şeyda.** *Çocuk İstismarı ve İhmali Aile Yazıları*. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları. Ankara: Devran Matbaası,**1990**; Cilt 3
94. **Adalı N.** *10-12 Yaş Grubu Çocuk İstismarı Ebeveyn ve Çocuk Bilgilendirme Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2007**.
95. **Naughton M.** Emotional, Behavioral, and Developmental Features Indicative of Neglect or Emotional Abuse in Preschool Children. *JAMA Pediatr.* **2013**;167(8):769-775.
96. **King N, Heyne D, Tonge BJ.** Sexually Abused Children Suffering From Post-Traumatic Stress Disorder: Assessment and Treatment Strategies. *Cogn Behav Ther*, **2003**;32:2-12

97. World Report on Violence and Health. Child abuse and neglect by parents and other caregivers, **2002**.Erişim:[www.who.int/entity/violence\\_injury\\_prevention/violence](http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/violence).Erişim Tarihi:12/09/2014.
98. **Bilge Y.** Alt Sosyokonomik Düzeye Sahip Anne-Babaların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Deneyimleri ve Kullandıkları Disiplin Yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2013**; 14:27-35
99. **Erol D.** Okulöncesi Eğitim Kurumlarında Görev Yapan Öğretmenlerin Çocuklardaki Fiziksel İstismar Belirtilerine İlişkin Farkındalıkları 2007 s:9-10 Yüksek Lisans Tezi Eskişehir
100. ILO Accelerating Action Against Child Labour. Report of the Director-General, International LabourConference,99thSession,**2010**.Erişim:  
[http://www.ilo.org/global/Themes/Child\\_Labour/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/Themes/Child_Labour/lang--en/index.htm). Erişim tarihi:22/11/2014
101. **Avşar Z, Öğütoğulları E.** Çocuk İşçiliği ve Çocuk İşçiliği ile Mücadele Stratejileri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, **2012**;1:9-40
102. **Zeytinoğlu, S.** *Türkiye’de Çocuğun Durumu, 1990’ların Çocuk Politikası Kongresi*. DPT-UNICEF Yay., Ankara, 1990: 241-252
103. TÜİK Çocuk İşgücü Araştırması.**2006**.  
Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=482>. Erişim tarihi: 22/11/2014
104. **Müftü G;** ICC, Çocuk Hakları Programı Koordinatörü: *Çocukların Hakları*; **2008**
105. **Runyan D, Corrine W, Ikeda R.** *Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers*. World Health Organization, Geneva, **2002**; 57-86
106. **Polat O.** Çocuk İstismarı *Klinik Adli Tıp*. Seçkin Yayıncılık, 1.Baskı, Ankara, **2004**; 85- 131.
107. **Ballı Ö.** *Çukurova Ün. Tıp Fakültesine Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana **2010**.
108. **Sofuoğlu Z., Resmiye O.** Türkiye’nin Üç İlinde Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri Epidemiyolojik Çalışması. *Türk Ped Arş*, **2014**; 49: 47-56.

109. **Kepepekçi Y.** Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. *Pediatric Dergisi*, **2001**; 22: 3.
110. **Acehan S.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013; 22(4):591-614
111. **Oral R, Can D, Kaplan S.** Child Abuse in Turkey: an Experience in Overcoming Denial and a Description of 50 Cases. *Child Abuse Negl.* **2001**;25(2):279-90.
112. **Kara B, Biçer U, Gökalp AS.** Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* **2004**;47(2):140-51.
113. **Şimşek, F, Ulukol, B, Bingöler B.** Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış. *Adli Bilimler Dergisi*, **2004**;3(1):47-52
114. **Kültür EÇ, Çetin FÇ, Gökler B.** Demographic and Clinical Features of Child Abuse and Neglect Cases. *The Turkish Journal of Pediatrics.* **2007**;49(3):256-62.
115. **Polat O.** *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı.* 1.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, **2007.**
116. **Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W.** Can child Deaths be Prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics*, **2002**;110: 110-111
117. **Yalçın N.** *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri.* Yüksek Lisans Projesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2011**
- .
118. **Kocaer Ü.** *Hekim Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri.* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2006**
119. **Oral R.** *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, Çocuk Koruma Merkezi Modeli.* Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, **2006.**
120. **Akşit S, Koç F.** Çocuk İstismarı ve İhmali. *Ege Pediatric Bülteni*, 2008; 15(2): 123-133.
121. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, Madde 3 Resmi gazete,1983:5(22):355

122. **Kafadar H.** Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM). *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2014;
123. **Akyüz E.** Çocuk Hakları Bildirisi ve Türk Hukuk Sistemi.  
Erişim: [www.ankara.edu.tr/dergiler/40/504/6124](http://www.ankara.edu.tr/dergiler/40/504/6124). Erişim Tarihi:24/09/2014
124. **TÜİK.** İstatistiklerle Çocuk, **2013**:1-2
125. **Demirağ S.**Çocuk İstismarı-Türkiye’de Çocuk Olmak, Yasalar ne kadar Koruyor? *Aile Hekimliği Dergisi*; **2010** .
126. **İnan N.** *Çocuk Hukuku*. Ankara Ün. Eğitim Fak. Yayınları No.3, İstanbul ,**1968**:96-97-98
127. **UNİCEF.** *1959 Beyannamesi, Uygulama El Kitabı*. **1998**: 621-622
128. **UNİCEF.***Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*.**2004**.Erişim:  
<http://www.unicef.org/turkey/pdf/cr23.pdf> Erişim Tarihi: 13/10/2014
129. **Avrupa Çocuk Haklarının Kullanımı Sözleşmesi Strasbourg,1996**  
Erişim:<http://www.conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/PDF/Turkish/160-Turkish.pdf> Erişim Tarihi:22/11/2014
130. Çocukların Cinsel Suistimal ve Cinsel İstismara karşı Korunmasına İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi *Avrupa Konseyi Sözleşmeler Dizisi - No. 201* Erişim:  
[http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/children/Source/LanzaroteConvention\\_tur.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/children/Source/LanzaroteConvention_tur.pdf) Erişim Tarihi:15/10/2014
131. **Gözler K.***Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. Erişim: [www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm](http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm) Erişim Tarihi:26/09/2014
132. **Berkhan S.** *Türkiyede Çocuğa Karşı Cinsel Sömürü ve Cinsel İstismar*.Uluslararası Çocuk Merkezi.**2014**;11-13
133. **Uğurlu Z. ,Gülşen İ.** Çocuk Hakları ve Hukuk Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. *International Journal of Social and Educational Sciences*, **2014**;1(1):72-87



134. **Koca M.** Çocuk İstismarında İhmal Yükümlüğü *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2012;3(1):113-128.
135. **Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu A.** Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Hemşirelerin Bilgileri *Atatürk Ün iv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000;3(2):29-34.
136. **Bahçecik, N.** *Toplumumuzda Kötü Davranılan ve İhmal Edilen Çocukların Erken Tanı ve Tedavisinde Hemşirelerin Gözlemi ve Eğitici Rolünün Değerlendirilmesi.* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1993.
137. **Pearson A, Peels S.** (2001). A global view of nursing in the new millennium. *Int J Nurs Pract.* , 2001;7(4): 15-19
138. **Ergöl Ş.** Türkiye'de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2011;1(3):152-155
139. **Gölge Z, Hamzaoğlu N, Türk B.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi...*Adli Tıp Dergisi*, 2011;26(2):86-96
140. **Jain AM.** Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am*, 1999; 17: 575-593.
141. **Kairys SW, Alexander RC, Block RW.** Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191
142. **Gözüm S .** Çocukların Fiziksel İstismar ve İhmale Karşı korunması ve sorumluluklarımız. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1995;45 (I): 15-20.
143. **Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E.** Hekimlerin Çocuk İstismarı Bilgi Düzeyleri. *Türk Ped Arşivi*, 2014; 49: 57-65
144. **Demirci, N.** *Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması.* III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Öncü Basımevi, Edirne, 2004:81 - 82
145. **Altınsu A.** *Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri.* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.

146. **Borres MP, Hagg A.** Child Abuse Study Among Swedish Physicians and Medical Students. *Pediatr Int*, **2007**; 49: 177-82
147. Aile Sağlığı Uygulama Yönetmeliği Madde: 3 Resmi Gazete Sayı: 27591
148. Ülkemizde Ebe İstihdamı 1.uluslararası, 2.ulusal Ebelik Kongresi El Kitabı **2013** s: 12-14
149. **YÖK, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı.** Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Ankara, **2010**
150. **Ayvaz M, Aksoy MC.** Çocuk İstismar ve İhmalı: Ortopedik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004; 35(2):27-33
151. **Ağırtan C, Akar T, Akbas S, Akdur R.** Establishment od İnterdisiplinari Child Protection Teams in Turkey . *Child Abuse&Neglect*, **2009**;33:247-255
152. **Beyaztaş F,Oral R, Bütün C.** Fiziksel Çocuk İstismarı: Dört Vakanın Sunumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2009**; 52: 75-80
153. **Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM.**Pediatriciansn Knowledge, Lattitudes And experience Regarding Child Maltreatment in Kuwait. *Child Abuse & Neglect*, **2003**; 27: 1161-78
154. **SağlıkBakanlığı.** T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği R.G. Tarihi: **06.02.1997** R.G. Sayısı: 22900.
155. **Derya K.** Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, **2008**.
156. SHÇEK'ten yuvalara ilişkin rapor - Memurlar.Net [www.memurlar.net/haber/33832](http://www.memurlar.net/haber/33832) son erişim tarihi 07/08/2014
157. **Garrusi B, Safizadeh H, Bahramnejad B.** Physicians Perception Regarding Child Maltreatment in Iran(IR). *The Internet Journal of Health*, **2007**; 6: 7.

158. **Lazenbatt A, Freeman R.** Recognizing and Reporting Child Physical Abuse:a Survey of Primary Healthcare Professionals. *J Adv Nurs*, **2006**; 56: 227-36
159. **Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL.** The Child Abuse Lottery--the Doctor Suspect and Report? Physician Attitudes Towards and Reporting Suspected Child Abuse and Neglect. *Child Abuse Neglect*, **1998**; 22: 159-69
160. **Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert A, Hay TC.** Analysis of Missed Case of Abusive Head Trauma. *JAMA*, **1999**; 281: 621-6
161. **Arıkan H.** Türk Ceza Kanunu. *Arıkan Basım Yayım Dağıtım, 1. Baskı, Haziran 2005*: . 77-79, 178-179
162. **Council on Scientific Affairs.** AMA diagnostic and treatment quidelines concerning child abuse and neglect. *JAMA***1985**; 254:796-800
163. **Wilson R.** Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, **2010**; 46(1), 56–64.
164. **Gershooft, E.T.** Corporal Punishment by Parents and Associated Child Behaviors and Experiences: A Meta Analytic and Theoretical Review, *Psychol Bull*, 2002:128: 539-579.
165. **Diaz, A, Simantov E, Rickert I.** Effect of Abuse on Health. *Arch. Pediatr Adolesc Med*, **2002**;156: 811-817
166. **Thomas SA, Rosenfield NS, Leventhal JM, Markowitz RI.** Long-Bone Fractures in Young Children: Distinguishing Accidental İnjuries from Child Abuse. *Pediatrics*, **1991**; 88:471-6.
167. **Leventhal JM, Thomas SA, Rosenfield NS, Markowitz RI.** Fractures in young children. Distinguishing a Child Abuse from Unintentional İnjuries. *Am J Dis Child*, **1993**; 147:8792
168. **Armağan, E.** Çocuk İhmali ve İstismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir İstismar Olgusu. *New Symposium Journal*, **2007**;45: 170-173
169. **Çakıcı M.** *Çocuk İstismarının Madde Kullanımına Etkisi.* Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2002**.

170. **Kars Ö.** *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1994.**
171. **Tıraşçı Y, Gören S.** Çocuk İstismarı ve İhmal. *Dicle Tıp Dergisi*, 2007;34 (1): 70-74.
172. **İşeri E, Çetin FÇ, Coflkun A, İşeri E, Miral S, Pehlivanürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F.** *Cinsel İstismar, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.* 1. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2008**;470-477.
173. **Nurcombe B.** Child sexual abuse I: psychopathology. *Aust NZ J Psychiatry*, **2000**; 34: 85-91.
174. **Runyan D, Corrine W, Ikeda R.** Child Abuse and Neglect By Parents and other Caregivers. In: World report on violence and health. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A. (eds). World Health Organization, Geneva, **2002**
175. **Topbaş M.** İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2004**;3(4): 76-80.
176. **Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.** Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Ankara; **1998**
177. **Bahçecik N, Kavaklı A.** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu. *Hemşirelik Bülteni*, **1994**; 7(32): 45-52.
178. **Paiviloinen E, Astedt-Kurki P, Paunone M, Laippolo P.** Risk Factors of Child Maltreatment within the Family: Towards a Knowledgeable Base of Family Nursing. *Int Nurs Stud*, **2001**; 38(3): 297-303.
179. **Taner, Y, Gökler B.** Çocuk İstismarı ve İhmal: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2004**;35, 82-86.
180. **Browne K.** Preventing Child Maltreatment Through Community. *Nursing Journal of Advanced Nursing*, 1995; 57-63.

181. **Coll G, Magnuson K.** (2000). *Cultural Differences as Sources of Developmental Vulnerabilities and Resources*. Handbook of Early Childhood Intervention, 2nd ed Cambridge University Press, **2000**; 94-114.
182. **Osofsky T.** *Adaptive and Maladaptive Parenting: Perspectives on Risk and Protective Factors*. 2nd ed Cambridge University Press, **2000**;54- 75
183. **Garbarino ve Ganzel.** *The Human Ecology of Early Risk, Hand book Early Chidhood Intervention* (2nd ed.), Cambridge, UK: Cambridge University Press, **2000**:76-93.
184. **Sibert J.R, Payne H, Kemp M, Barber M, Rolfe K, Morgan R.J, Lyons R.A, Butler I.** The Incidence of Severe Physical Child Abuse in Wales. *Child Abuse and Neglect*, 2002;26(12): 1207.
185. **İzmirli M, Sur H, Polat N.** Çocuğa Karşı Dayak Olgusu ve Çocuk İstismarı. *Çocuk Forumu Dergisi* , **2000**; 3(1): 37-49
186. **Lindell C, Svedin CG.** Physical Child abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Soc Pschiatry Epidemiology*, **2001**; 36(3): 150-57.
187. **Murry K, Baker W, Lewin L.** Screening Families with Young Children for Child Maltreatment Potantial. *Pediatric Nurse*, **2000**;26(1):47-64
188. **Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu.** Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. Ankara; **1995**
189. **Cowen PS.** Child neglect; Injuries of Omission. *Pediatric Nursing*, **1999**; 25(4): 401-18.
190. **Browne K.** *Çocuk İstismarını Önceden Kestirme*. Çocukların Kötü Muameleden Korunması, I.Ulusal Kongre Kitabı; **1991**: 295-305.
191. **Armağan E.** Çocuk İhmali ve İstismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir İstismar Olgusu. *New Symposium Journal*, **2007**;45: 170-173
192. **Güler N.** Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**; 24 (3):128 – 134.

## EKLER

### EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

1. Mesleğiniz?

Doktor ( )

Hemşire ( )

Ebe ( )

2. Cinsiyetiniz?

Erkek ( ) Kadın ( )

3. Medeni Durumunuz?

Evli ( ) Bekar ( ) Diğer ( )

4. Çocuğunuz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

5. Yaşınız?.....

6. Mezun olduğunuz okul?

.....

7. Mesleğinizdeki çalışma süreniz?

.....

8. Aile Sağlığı Merkezindeki çalışma süreniz?

.....

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

Evet ( ) Hayır ( )

**10.** Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet ( ) Hayır ( )

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

Evet ( ) Hayır ( )

**12.** Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet ( ) Hayır ( )

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

(Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz)

Acil Hekimi ( )

Çocuk Psikiyatristi ( )

Adli Tıp Hekimi

( ) Çocuk Hekimi ( )

Pedagog ( )

Çocuk Cerrahı ( )

Çocuk Hemşiresi ( )

Ortopedist ( )

Jinekolog ( )

Sosyal Hizmet Uzmanı ( )

Ebe ( )

Diğer( lütfen açıklayınız) ( )

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

Evet ( ) Hayır ( )

**15.** İş yaşamınız süresince herhangi bir istismar/ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştınıysanız hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?

( ) Öykü alma

( ) Fizik Muayene

( ) Kayıt

( ) İlgili Kurumlara Rapor Etme / Yasal Süreç

( ) Diğer(lütfen açıklayınız).....

**16.** Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat / prosedür var mı?  
Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

**17.** Varsa yeterli mi?  
Evet ( ) Hayır ( )

**18.** Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?  
Evet ( ) Hayır ( )

**19.** Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

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

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

Evet ( ) Hayır ( )

Konu ile ilgili düşünce ve önerileriniz.....

**21.** Yapılan çalışmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek ister misiniz?

Evet ( ) Hayır ( )



**EK-2. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU**

**ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK**

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

Ankete katıldığımız için teşekkür ederiz.

	<b>Çok doğru</b>	<b>Oldukça doğru</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Pek doğru değil</b>	<b>Hiç doğru değil</b>
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )

5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	( )	( )	( )	( )	( )
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	( )	( )	( )	( )	( )
11. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	( )	( )	( )	( )	( )
12. İntrakranial( kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )

	<b>Çok doğru</b>	<b>Oldukça doğru</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Pek doğru değil</b>	<b>Hiç doğru değil</b>
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 ihmal belirtisidir.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	( )	( )	( )	( )	( )
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	( )	( )	( )	( )	( )
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	( )	( )	( )	( )	( )
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	( )	( )	( )	( )	( )
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	( )	( )	( )	( )	( )
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	( )	( )	( )	( )	( )
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	( )	( )	( )	( )	( )
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	( )	( )	( )	( )	( )
33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )

	<b>Çok doğru</b>	<b>Oldukça doğru</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Pek doğru değil</b>	<b>Hiç doğru değil</b>
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	( )	( )	( )	( )	( )
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	( )	( )	( )	( )	( )
37. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	( )	( )	( )	( )	( )
38. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
39. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	( )	( )	( )	( )	( )
40. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	( )	( )	( )	( )	( )
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	( )	( )	( )	( )	( )
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar	( )	( )	( )	( )	( )

ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	( )	( )	( )	( )	( )
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	( )	( )	( )	( )	( )
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	( )	( )	( )	( )	( )
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	( )	( )	( )	( )	( )
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	( )	( )	( )	( )	( )
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	( )	( )	( )	( )	( )
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve 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.	( )	( )	( )	( )	( )

	<b>Çok doğru</b>	<b>Oldukça doğru</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Pek doğru değil</b>	<b>Hiç doğru değil</b>
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 ihmal edilmesine yol açar.					
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	( )	( )	( )	( )	( )
66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	( )	( )	( )	( )	( )





T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı : 78895791-302-08/74  
Konu : Tez çalışması

31./01/2013

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 14/11/2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.42.00.00.300-99/118 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencilerinden Cihan **CİRİT**' in yüksek lisans tez çalışmasına ilişkin; Mersin Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan 02/01/2013 tarih ve B.10.1.HSK.4.33.03.00-106 sayılı yazı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr.Serap YALIN  
Enstitü Müdürü V.

**EKLER**

Ek-1 Yazı Fotokopisi (1 adet)

Doç.Dr.Rona YIGİT

Danışman ve Öğrenciye

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI BŞK.

KAYIT TARİHİ : 01.02.2013

KAYIT NO : 14

Adres : MEÜ Yenişehir Kampüsü 33343 Yenişehir / MERSİN Ayrıntılı bilgi için irtibat: 1906  
Tel : 0-324- 341 28 15 1906 Fax : 0-324-341 24 08  
e-posta : saglikbilimleri@mersin.edu.tr Elektronik Ağ : www.mersin.edu.tr



MEÜ.ID.FR-001/01

Sayfa 1/1

Yayın Tarihi: 10/04/2012



T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : B.10.1.HSK.4.33.03.00  
Konu : Tez Çalışması

000106


02 OCAK 2013

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Genel Sekreterlik)  
MERSİN

İlgi: 26.12.2012 tarih ve 1454/183349 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cihan CİRİT'in "Mersin İli Sınırları İçerisinde Yer Alan Dört Farklı Bölgedeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları" konulu veri toplamak amacıyla yapılması planlanan tez çalışması müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Bilgilerinize arz ederim.

  
Özm.Dr. Tufan NAYIR  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

MEÜ REKTÖRLÜĞÜ  
VAZİ İŞLERİ SUBE  
MÜDÜRLÜĞÜ

10 Ocak 2013

Kayıt No.: 35  
Dosya No.:

02 OCAK 2013

635  
Yazı İşleri



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.05.06.00/ 465


06/12/2012

Konu : Kurul Kararı

**Sayın Yrd. Doç. Dr. Rana YİĞİT**  
**Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı**  
**Öğretim Üyesi**

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları" adlı araştırmaya ilişkin 06/12/2012 tarihli ve 2012/384 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 06/12/2012 tarihli ve 2012/384 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (2 sayfa)

**T.C.**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

<b>Karar Tarihi</b>	<b>Toplantı Sayısı</b>	<b>Karar Sayısı</b>
<b>06/12/2012</b>	<b>23</b>	<b>2012/384</b>

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rana YİĞİT'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 21/11/2012 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan

(Katılmadı)  
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ  
Başkan Yrd.

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI  
Raportör

İmza  
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ  
Üye

İmza  
Doç. Dr. İrfan AYAN  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Aylın ERTEKİN YAZICI  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER  
Üye

(Katılmadı)  
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE  
Üye

(Katılmadı)  
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER  
Üye

(Katılmadı)  
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK  
Üye

İmza  
Uzm. Dr. Kıvılcım EREN ERDOĞAN  
Üye

(Katılmadı)  
Hürrem Betül LEVENT ERDAL  
Üye

İmza  
Lale DAĞLI  
Üye

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan  
ASLI GİBİDİR

T.C  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-----		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Rana YİĞİT		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	DESTEKLEYİCİ	---		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---		
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	Belge Adı		Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER: GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>				

T.C  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMACILARIN ÖZGEÇMİŞİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ANKET FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Karar No: <u>2012-384</u>	Tarih: <u>06.12.2012</u>	
Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza	
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>			
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	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. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	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. Lülufer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	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"/>	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	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. Aylin ERTEKİN-YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	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"/>	
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	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. Bahar TAŞDELEN	Biyostatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	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"/>	
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	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"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Uzm. Dr. Kıvılcım EREN ERDOĞAN	Patoloji	Mersin Devlet Hastanesi	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"/>	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Projesi Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	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"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

aynur.uysal@ege.edu.tr

17 Şubat

[Ayrıntıları göster](#)

Sayın Cihan Cirit,

Geliştirmiş olduğum "Çocuk İstismarı ve ihmalinin Belirti ve Risklerini

Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi düzeylerinin Saptanma Ölçeğini"

Mersin de "Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin

Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları" isimli yüksek lisans

tezinde kaynak göstermek ve araştırma raporu sonuçlandırıldığında veri

tabanınızı paylaşmak koşulu ile kullanabilirsiniz. Veri tabanını ölçeğin

farklı popülasyonlardaki geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve gerekli

yeniden düzenlemeleri yapmak amacıyla. Çalışmanızda kolaylıklar

dilerim.

Doç.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Bornova/İzmir

Aynur UYSAL TORAMAN, RN,PhD,Assoc.Prof.

Ege University Faculty of Nursing

Public Health Nursing Department

Bornova/İzmir TURKIYE

## ÖZGEÇMİŞ

Cihan Cirit, 1984 yılında Mardin' de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin'de tamamladı. 2009 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun olan araştırmacı 2010 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Araştırmacı 2009-2010 yılları arasında Adana Başkent Üniversitesi Hastanesinde ameliyathane hemşiresi olarak, 2010-2013 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisinde hemşire olarak, 2013-2015 yılları arasında Iğdır Devlet Hastanesi Kan Transfüzyon Ünitesinde hemşire olarak çalıştı. 2015 mart ayından itibaren Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktadır.