



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**VAN İLİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İSTİSMARINA
YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Alaaddin SARIYAR
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2019

ÖZET

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesidir. Çalışma grubunu Van İli Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi ve Van il merkezindeki ASM'lerde çalışan doktor, hemşire, ebe ve ATT'lerden oluşan 251 gönüllü katılımcı oluşturmuştur. Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ve çocuk istismarı ve ihmaline ait bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin verileri elde etmek amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu ile Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan testinden faydalanılmıştır.

Katılımcıların %52.5'i (n=132) doktor, %35.8'i (n= 90) hemşire, %7.9'u (n=20) ebe ve %3.1'i (n=8) ATT'dir. Araştırmaya dahil edilenlerin %52.9'u (n=133) kadın, %47.1'i (n=118) erkektir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları %41 (n=103) ile en çok 26-30 yaş aralığındadır. En az bir çocuğu olanlar toplam katılımcı sayısının %43.8'ini (n=110) oluşturmaktadır. Çocuk istismarıyla karşılaşan katılımcı oranı %53'tür (n=133) ve %57 (n=76) ile en çok fiziksel istismarla ardından %47 (n=63) ile cinsel istismarla, %45 (n=60) ile ihmalle, %27 (n=36) ile duygusal istismarla ve %14 (n=19) ile ekonomik istismarla karşılaşmışlardır. Araştırmamıza dahil edilen sağlık çalışanları istismar vakalarında kendilerini en çok zorlayan durum olarak %48.6 ile (n=90) ebeveynlerin tepkisini göstermişlerdir. Diğer zorlayan durumlar %32 ile (n=60) anamnez alma, %23 ile (n=43) fizik muayene, %20 ile (n=37) adli mercilere bildirme şeklinde sıralanmıştır. Katılımcılar çocuk istismarı vakalarında bildirim yapılacak yerler olarak en çok polis ve Çocuk İzlem Merkezi'ni seçmişlerdir. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları bildirim yapmadıkları takdirde bildirim yapmama sebebi olarak istismara uğrayan çocuğun bu süreçten zarar görebileceği endişesini %42 ile (n=63) ilk sıraya koymuşlardır. Diğer bildirim yapmama sebepleri %23 ile (n=34) tanı koymada kendine güvenmemesi, %23 ile (n=34) bildirim yapma prosedürünü tam bilmemesi, %12 ile (n=19) sosyal olarak başına gelebileceklerden kendini korumak istemesi olarak bulunmuştur.

Çocuğun herhangi bir konudaki davranışını düzeltmek, yanlışını göstermek için çocuğa yüksek sesle konuşma, bağırma, hafif tokat atma vb. uygulamaların istismara gireceğini düşünenlerin ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puanlar daha yüksek çıkmıştır ve istismar olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Cinsel istismara uğradığını bildiği bir hastası sonraki süreçte herhangi bir nedenle muayeneye geldiğinde ona karşı daha özenli, kibar olurum diyenlerin İÇÜFB, İİÇDB ve İÇÜB alt ölçeklerinde ortalama puanları daha düşüktür ve diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam onlara da öyle ederim diyenlerle aralarındaki fark karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Sonuç olarak çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilerinin yetersiz ve bildirim oranlarının bir takım nedenlerden dolayı tam olmadığını belirlenmiştir. Özellikle fiziksel ve cinsel istismar gibi bariz bulguları olmayan duygusal ve ekonomik istismar ile ihmalin de belirlenerek gerekli koruyucu tedbirlerin alınması gerektiği üzerinde de durulmalıdır. Birinci basamakta hizmet veren aile hekimliği uzmanları, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları topluma en kolay ve direkt ulaşabilen sağlık çalışanları olduğu için istismardan korunma, tanı, tedavi ve bildirim konularında daha yetkin olmaları, daha dikkatli bir şekilde bu konunun üzerinde durmaları gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık ve bilgi düzeylerinin artırılması, bildirimde bulunmama sebeplerinin çözümüne yönelik adımların atılması ayrıca toplumun bu konuda duyarlılığını arttırmak için öncelikle birinci basamakta halka yönelik eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı ve ihmali, Sağlık çalışanları, Bilgi, Tutum, Davranış

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the knowledge, attitude and behaviors of health workers about child abuse and neglect. The study group was consisted of 251 volunteer participants including physicians, nurses, midwives and emergency medical technicians (EMTs) working in the Van Province Yüzüncü Yıl University Dursun Odabaş Medical Center and in the Primary Care Clinics in the center of the Van province. The research is a cross-sectional descriptive survey study. To obtain data on the sociodemographic characteristics and their knowledge, attitudes, and behaviors related to child abuse and neglect of the health workers participating in our study, Sociodemographic Information Form and the Scale for Diagnosing Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect (SDSRCAN) were used. One-way Analysis of Variance and Duncan test were used for statistical analysis.

52.5% (n = 132) of the participants were physicians, 35.8% (n = 90) were nurses, 7.9% (n = 20) were midwives and 3.1% (n = 8) were EMTs. Of those included in the study, 52.9% (n = 133) were female and 47.1% (n = 118) were male. Health workers who participated in the study were mostly between the ages of 26-30 years with 41% (n = 103). Those who have at least one child were consisting 43.8% (n = 110) of the total number of participants. The rate of participants who have encountered child abuse was 53% (n = 133) and they have encountered the most physical abuse with 57% (n = 76) followed by sexual abuse with 47% (n = 63), neglect with 45% (n = 60), emotional abuse with 27% (n = 36) and economic abuse with 14% (n = 19). The health workers included in our study have shown the parents' reaction with 48.6% (n = 90) as the most challenging situations in the cases of abuse. Other compelling situations are listed as medical history taking with 32% (n = 60), physical examination with 23% (n = 43), reporting to the judicial authorities with 20% (n = 37). The participants have selected mostly the police and Child Monitoring Center as the places to be notified in cases of child abuse. The health care workers participating in our study have put the concern that the abused child could suffer from this process to the first place with 42% (n = 63) as a reason for not making a notice. The other reasons for not making any notices were as not having self-confidence on making the diagnosis with 23% (n = 34), not knowing the procedure with 23% (n = 34) and wanting to protect themselves from

the situations that they may encounter socially with 12% (n = 19).

Those, who think that talking loudly, shouting, slapping, etc in order to correct the child's behavior on any subject, to show the child's mistake may be included in the abuse, got higher scores from SDSRCAN; and compared to those who think they may not be included in the abuse, it was statistically significant ($p < 0.05$). The mean scores for Physical Symptoms of Abuse on Children (PSAC), Behavioral Symptoms of Child Abuse and Neglect (BSAC) and Symptoms of Neglect on Child (SNC) subscales of those who say 'I am more attentive and polite to him/her' for their patients with a sexual abuse history who came for examination with any other reason, were lower; and the difference between them and the ones who say 'I treat them just as the same as how I treat my other patients' is statistically significant ($p < 0.05$).

As a result, it is determined that the knowledge of child abuse and neglect of health workers in our study is insufficient and the noticing rates are not complete for some reasons. Emotional and economic abuse and neglect which do not have obvious findings like especially in physical and sexual abuse, should be identified, and the need to take the necessary protective measures should be addressed. Since they are the most easily and directly accessible healthcare workers, family physicians and family health workers who serve at primary health care centers need to be more competent in prevention, diagnosis, treatment and noticing of the abuse and they should dwell upon this subject more carefully. In order to achieve this, before and after graduation, the awareness and knowledge levels of primary health care workers about child abuse and neglect should be increased, the steps to resolve the reasons for not noticing should be taken, in addition, in order to increase the social sensitivity on this subject, educations in the primary care health service centers should be conducted.

Key words: Child abuse and neglect, Health workers, Behaviour, Attitude, Knowledge

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden her fırsatta faydalandığım, karşılaştığım her türlü güçlükte desteğini esirgemeyen, tezimin gerçekleşmesinde deneyimleri, bilimsel duruşu ve bakış açısıyla bana esin kaynağı olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI'YA;

Uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN'e;

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Sıddık KESKİN'e;

Çok değerli Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma;

Bütün eğitim hayatım boyunca bana en büyük desteği veren, her koşulda yanımda olan, varlıklarından güç aldığım aileme teşekkür ederim.

Dr. Alaaddin SARIYAR

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	III
ÖNSÖZ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO DİZİNİ	IX
KISALTMALAR	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Tarihçe	3
2.3. Epidemiyoloji.....	3
2.4. Çocuk İstismarı Tipleri ve İhmal	5
2.4.1. Fiziksel istismar	5
2.4.1.1. Fiziksel istismarda risk faktörleri	6
2.4.1.2. Fiziksel istismarda klinik özellikler.....	7
2.4.1.3. İstismarda görülebilecek genel deri bulguları	8
2.4.1.4. İskelet sistemi bulguları.....	9
2.4.1.5. İç organ yaralanmaları	9
2.4.1.6. Santral sinir sistemi	10
2.4.1.7. Göz lezyonları	10
2.4.1.8. Gelişme geriliği	10
2.4.1.9. Sarsılmış bebek sendromu (Shaken Baby Syndrome).....	11
2.4.1.10. Bir başkasına yüklenen yapay bozukluk (Munchausen by Proxy Sendromu)	11
2.4.1.11. Fiziksel istismarda tedavi ve rehabilitasyon.....	12
2.4.2. Duygusal istismar	12
2.4.2.1. Duygusal istismarın sınıflandırılması	13
2.4.3. Cinsel istismar	15
2.4.3.1. Cinsel istismarda risk faktörleri.....	16
2.4.3.2. Cinsel istismarda klinik özellikler	16

2.4.3.3. Cinsel istismar türleri	17
2.4.3.4. Cinsel istismarın oluşturduğu sonuçlar	18
2.4.3.5. Aile içi cinsel istismar: “Ensest”	19
2.4.3.6. Pedofili	20
2.4.3.7. Cinsel istismarda tanı	21
2.4.3.8. Cinsel istismarda tedavi.....	22
2.4.4. Ekonomik istismar	22
2.4.5. İhmal	23
2.5. Dünyada Çocuk Haklarının Gelişmesine Yönelik Çalışmalar ve Kronolojisi.....	24
2.5.1. Cenevre çocuk hakları bildirisi	24
2.5.2. İnsan hakları evrensel bildirisi (10 Aralık 1948)	25
2.5.3. Çocuk hakları evrensel bildirisi (20 Kasım 1959)	25
2.5.4. Birleşmiş milletler çocuk hakları bildirisi (20 Kasım 1989).....	27
2.5.5. Çocuk haklarının korunmasına dair avrupa sözleşmesi (25 Ocak 1996).....	31
2.6. Ülkemizde Çocuk Haklarının Tarihsel Gelişimi.....	31
2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu.....	33
2.8. İstismar ve İhmalin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Modeli.....	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	37
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	37
3.5. Araştırmanın Tekniği.....	38
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	40
3.7. Verilerin Analizi	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA.....	60
5.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	60
5.2. Sağlık Çalışanlarının İstismar ve İhmal Vakalarıyla İlgili Özellikleri	62
5.3. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismar ve İhmali ile İlgili Eğitim Alma Durumları.....	64
5.4. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ’den Aldıkları Puanlar	64
5.5. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Meslek ile İlişkisi.....	66
5.6. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Cinsiyetle İlişkisi	67

5.7. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Yaş ile İlişkisi	67
5.8. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Medeni Durum ile İlişkisi	68
5.9. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Çocuk Sahibi Olma ile İlişkisi .	68
5.10. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Meslekteki Çalışma Yılı ile İlişkisi	68
5.11. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının İstismar Vakasıyla Karşılaşma ile İlişkisi	69
5.12. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Cinsel İstismara Uğramış Hastalarına Tavırları ile Karşılaştırılması	69
5.13. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Hafifçe Tokat Atma, Vurma Gibi Eylemlerin İstismar Olup Olmadığını Düşünenler ile Karşılaştırılması ...	70
6. SONUÇLAR.....	71
KAYNAKLAR.....	74
ÖZGEÇMİŞ	80
EKLER	81
Ek 1. Etik Kurul Onayı	81
Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı.....	83
Ek 3. Sosyodemografik Anket	84
Ek 4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu	86

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının yaş dağılımı (n=251).....	41
Tablo 2. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (n=251).....	41
Tablo 3. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının meslekte kaçınıcı yılda olduklarının bilgisi (n=251)	42
Tablo 4. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çocuk istismarıyla karşılaşma oranları (n=251)	42
Tablo 5. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının karşılaştıkları istismar türlerinin oranları (n=133)	42
Tablo 6. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının istismar vakalarında en çok zorlandıkları durumlar (n=185)	43
Tablo 7. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının bildirim yapacaklarını belirttikleri istismar türleri (n=251)	43
Tablo 8. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının istismar vakalarında bildirim yapacağı yerler (n=251)	44
Tablo 9. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanları bildirim yapmadıkları takdirde bildirim yapmama sebepleri (n=150).....	44
Tablo 10. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, cinsel istismara uğramış hastasına sonraki dönemlerde tavırlarının şekli (n=251).....	45
Tablo 11. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının yakın çevresinde istismara uğramış çocuk varlığı (n=251)	45
Tablo 12. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının çocuk istismarı vakalarını azaltmak için önerileri (n=242)	45
Tablo 13. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının en çok görülen istismar türü hakkında fikirleri (n=251).....	46
Tablo 14. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının istismara hangi uygulamaların girip girmediği hakkındaki görüşleri (n=251)	46
Tablo 15. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ile ilgili eğitim alma durumları (n=251)	46
Tablo 16. Katılımcıların Genel ve Alt Ölçeklere Göre ÇİİBRTYÖ'den Aldıkları Puanlar	47
Tablo 17. Mesleklere göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar.....	48
Tablo 18. Cinsiyete göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar	48
Tablo 19. Yaşa göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251)	49
Tablo 20. Medeni duruma göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251).....	50
Tablo 21. Çocuk sayısına göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251).....	51

Tablo 22. Meslekteki çalışma yılına göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251)	52
Tablo 23. İstismar vakasıyla karşılaşma durumuna göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251)	53
Tablo 24. İstismarı bildirmeme sebeplerine göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puan (n=150)	54
Tablo 25. İstismara uğramış hastalara karşı tavırlarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)	55
Tablo 26. İstismara uğramış tanıdıklarının olup olmamasına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)	56
Tablo 27. Hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olup olmadığını düşünenlerin ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)	57
Tablo 28. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında eğitim alıp almadıklarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)	58
Tablo 29. Sağlık çalışanlarının en sık görülen istismar türü hangisidir sorusuna verdikleri cevaba göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)	59

KISALTMALAR

Çİİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SHÇEK	: Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SBS	: Sarsılmış Bebek Sendromu
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 5. Baskı
ÇİİAÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler
İÇÜB	: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri
İÇÜFB	: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri
İİÇDB	: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri
İİYÇÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri
İİYEÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri
ÇİİBRTYÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ark.	: Arkadaşları

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Giriş

Çocuğa ve çocukluk dönemine ilişkin tanımlarda tarihsel süreç içerisinde farklılıklar görülebilir. Çocukluk kavramının, değişik toplumlarda, tarihin farklı evrelerinde hatta aynı toplumun farklı kesimlerinde değişik anlamlar taşıdığı dolayısıyla çocukluk kavramının toplumsal bir kavram olup diğer toplumsal kavramlar gibi norm ve değerlerden etkilendiği bildirilmektedir [1]. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk olarak tanımlanmaktadır [2]. Türk Dil Kurumu ise çocuğu bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak şeklinde tanımlamaktadır [3].

Tanımlar zamandan zamana toplumdan topluma değişse de çocuğun toplum için önemi hiç değişmemiştir. Bir toplumun geleceğini belirleyen unsurlardan en önemlisi o toplumun çocuklarının ruhsal ve bedensel sağlıklarıdır. Çocukların sorumluluk sahibi, bilinçli ve nitelikli bir birey olarak yetiştirilmesi toplumun bugününü ve geleceğini garantiye almaktadır [4].

Çocukluk dönemi insanoğlunun en hassas dönemidir. Çocukken yaşanan olaylar geçirilen travmalar o kişinin tüm yaşamını şekillendirmektedir. Fiziksel istismara uğramış çocukların %41'inin intihar ve kendine zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubundaki sağlıklı çocuklarda bu oranın anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır [5].

Şüphesiz insanların en temel hakkı yaşama hakkıdır. Bununla birlikte ruhen ve bedenen tam sağlıklı yaşamak her insanın sadece yaşama hakkının ötesinde sahip olması gereken bir idealdir. Bu ideali gerçekleştirmek için öncelikle en savunmasız varlıklar olan çocukların kültür, dil, din, cinsiyet gibi farklılıklarına bakmaksızın özgüvenli bireyler olarak yetiştirmek için gerekli olan ortamları sağlamak gerekir. Ne yazık ki çocukların sahip oldukları ailelere, toplumlara göre hakları değişmektedir [6].

Sağlıklı nesillerin en büyük tehditlerin birisi de bir halk sağlığı sorunu olarak görebileceğimiz çocuk istismarı ve ihmalidir (Çİİ). Çocuk istismarını önlemede ailelere, öğretmenlere, sağlık çalışanlarına, toplumlara ve devletlere görevler düşmektedir.

Sağlık çalışanlarına istismar vakalarını önlemede, ortaya çıkarmada ve istismar vakaları ortaya çıktıktan sonra büyük görevler düşmektedir. şüphelenilen istismar vakalarında anamnez ve fizik muayene ilk ve en önemli basamaklardandır. Eğer istismar varsa bundan sonra istismarın bildirilip bildirilmemesi veya nasıl ve nereye bildirileceği büyük önem arz etmektedir. Bu basamakların düzgün işleyebilmesi için sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi düzeyleri tam olmalıdır. Bu konuda yapılacak eğitimlerle bilgi düzeyi artırılabilir [7]. Sağlık alışanları dünyanın birçok yerinde bildirim yaparken zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar [8].

Sağlık alışanlarının bu konuda kilit öneme sahip konumdadırlar. Doktor, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni gibi sağlık çalışanlarının istismar vakalarındaki sağduyulu yaklaşımları bu problemin zmne büyük katkı sağlayacaktır.

1.2. Amaç

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışmada ocuk istismar ve ihmali vakalarında önemli rolü olan sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalıklarının artırılması ve varsa eksikliklerine dikkat çekmek istenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Çocuk istismarı, ana baba veya çocuğun bakımı, sağlık ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği eylemler sonucunda çocuğun her türlü ruhsal, fiziksel, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir [9]. Çocuk istismarı birbirinden farklı ve karmaşık sebepleri olan, bireysel ve toplumsal olarak ciddi sonuçları olan biyopsikososyal yaklaşım gerektiren bir durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985'te yapmış olduğu tanıma göre ise "çocuğun, sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin, toplumu veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar çocuk istismarı" olarak kabul edilir [10]. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere sadece kişilerin çocuklara yaptığı kötü muameleler değil ülke ve toplumların yaptıkları da istismara girmektedir.

2.2. Tarihçe

İlk insanlardan bu yana çocuklara karşı istismar yapılmaktadır ancak son iki asırda bu konuda farkındalık artmış ve ilk kez 1860 yılında Tardieu, Paris Tıp Akademisinde çocukların fiziksel ve cinsel istismarından bahsetmiştir. 1946 yılında Röntgen uzmanı Caffey düştüğü belirtilen çocukların röntgen filmlerinde düşme veya çarpma ile açıklanamayacak kırıklar olduğunu fark etmiştir. 1962 yılında Kempe, Silverman, Steele'nin yayınladığı "Örselenmiş Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome)" adlı makale ile konuya verilen ilgi ve önem daha da artmıştır. Daha sonra "Örselenmiş Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome)" yerine çocuk istismarı (child abuse) terimi kullanılmıştır [11].

2.3. Epidemiyoloji

Çocuk istismarı dünya çapında yüksek morbidite ve mortaliteye sahip ciddi bir halk sağlığı sorunudur, dünya çapında her yıl çocuklarda istismar ve ihmale bağlı olarak 155000 çocuk ölümü gerçekleşmektedir [12]. ABD'de 1993'te yapılan bir çalışmaya

göre çocukların yaklaşık %1'i istismar, %1.5'i ihmale uğramaktadır ve bu oranların muhtemelen buzdağının sadece görülebilen kısmı olduğu düşünülmektedir [13].

İspanya'da 2008-2017 yılları arasında acil servise başvuran 570,648 çocuktan 404'ünde istismardan şüphelenilmiştir. Fiziksel istismar %40,3 ile en çok karşılaşılan istismar türü olmuştur. Ortalama yaşları 4,3 olan çocukların %55'i kızdır ve o kız çocuklarında cinsel istismar daha yaygın görülmüştür. Aynı çalışmada fiziksel istismarın daha çok erkek çocuklara yapıldığı tespit edilmiştir [14].

Hong Kong'da 2017 yılında 947 çocuk istismarı vakası rapor edilmiştir. İstismar yapanların %59,4 ile daha çok ebeveynler olduğu fark edilmiştir. 2012-2017 yılları arasında Hong Kong'da istismara uğrayan çocukların daha çok kız çocukları olduğu görülmüştür [15].

İspanya'da 2009 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında erkeklerin %7,9 u kızların ise %19,7 sinin 18 yaşına kadar cinsel istismara maruz kaldıkları gösterilmiştir [16].

Hollanda'da 2014 yılında çocuk istismarı hakkında yapılan meta analiz çalışmasında cinsel istismar 1000'de 127 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ayrıldığında ise kızlarda 1000'de 180 erkeklerde ise 1000'de 76 olarak çıkmıştır. Aynı çalışmada fiziksel istismar 1000'de 226, duygusal istismar 1000'de 363 bulunmuştur [17].

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk istismar ve ihmale maruz kalmakta ve desteğe ihtiyaç duymaktadır. 51. ABD Ulusal Çocuk istismarı ve ihmali Veri Sistemi (The National Child Abuse and Neglect Data System) raporlarına göre; 2005 yılında raporlanan 1460 çocuk ölümü istismar ve ihmal sebebiyle meydana gelmektedir [12].

ABD Sağlık ve İnsan Kaynakları Çocuk Bürosu'nun (Children's Bureau of the U.S. Department of Health and Human Services) 2017 yılındaki raporlarına göre mağdurların %74,9'u ihmale, %18,3'ü fiziksel istismara, %8,6'sı da cinsel istismara maruz kalmıştır. 2017 yılında yaklaşık 1720 çocuk istismar veya ihmalden hayatını kaybetmiştir. Hayatını kaybeden çocukların çoğunluğu 3 yaşından küçüktür [18].

Ülkemizde yapılan çalışmalar büyük çaplı ve detaylı olmasa da bize bu konu hakkında fikir veren çalışmalar mevcuttur. Şimşek ve ark. 2016 yılında İzmir’de birinci sınıf tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada en az bir istismar türüne maruz kalanların oranı %51,4 bulunmuştur. Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar oranları sırasıyla %23,1, %40,5 ve %11 olmuştur [19].

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF ortaklığıyla 2008 yılında yapılan çalışmada Türkiye’de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların yüzde 56’sının fiziksel istismara, yüzde 49’unun duygusal istismara ve yüzde 10’unun cinsel istismara tanık olduğu görülmektedir. Maruz kalınan istismar ve ihmal oranları ise duygusal istismar %51, fiziksel istismar %45, cinsel istismar %3 ve ihmal %25 olarak gerçekleşmiştir [20].

2.4. Çocuk İstismarı Tipleri ve İhmal

2.4.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar; 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin anne, babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır [11].

Fiziksel istismar genelde anne-babanın çocuğu cezalandırmak istediğinde ya da anne babanın kontrolünü kaybettiğinde ortaya çıkar. En sık olarak dövme şeklinde görülür [11]. Bulguları somut olduğu için belirlenmesi en kolay istismar tipi fiziksel istismardır. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Daha seyrek olarak ise yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma görülebilir [21]. Çocuğa karşı fiziksel istismarda cinsiyet ayrımı izlenmezken cinsel istismara kız çocuklarında erkeklere göre daha sık rastlanmaktadır [22].

Yoksulluk, aile içi şiddet, çocukların uygun olmayan iş/ortamlarda çalıştırılması, kötü beslenme ve barınma ya da sağlık bakımına erişememe gibi durumlara yol açtığı için istismarı artıran önemli bir faktördür [23]. Fiziksel cezalandırmanın çocuklar üzerindeki etkileri çok yönlüdür. Fiziksel ceza gören çocuk anksiyeteye meyillidir ve içine kapanmaktadır. Fiziksel ceza çocukta saldırganlık ve şiddet davranışlarına sebep

olmaktadır. Çocukluklarında fiziksel ceza görmüş üniversite öğrencilerinin yoğun kaygı ve depresyon yaşadıkları, sosyal ilişkilerinin olumsuz olduğu belirtilmektedir [24].

Fiziksel istismarın etkileri sadece psikolojik veya ekstremiteleri ilgilendiren durumlardan ibaret değildir. Çin'de 2017 yılında yapılan bir çalışmaya göre fiziksel istismara uğrayan çocuklarda demir eksikliği sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür [25].

Çocuk Koruma Hizmeti kuruluşları, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl % 18'i fiziksel istismar endişelerini içeren 2 milyondan fazla çocuğa kötü muamele raporunu incelemektedir. Yapılan araştırmalar sonrasında, 650.000'den fazla çocuğun kötü muamele mağduru olduğu ortaya çıkmıştır. Bu araştırmalar neticesinde 1500'den fazla çocuk ölümü, her yıl çocuk istismarı veya ihmali ile ilişkilendirilmektedir. Bu ölümlerin çoğunluğu (% 80) 4 yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir. Yetişkin çocukluk deneyimleri raporları, fiziksel istismarın herhangi bir pediatrik veri kaynağından bildirilen istatistiklerden daha yaygın olduğunu göstermektedir [26].

Ailenin eğitim ve sosyoekonomik seviyesinin düşük olması, aile içi şiddet, boşanma, aile bireylerinde alkol kullanımı gibi durumlarda çocuğun istismara uğrama riski artmaktadır. Çocuk istismarı tanısı genellikle fiziksel bulgular, laboratuvar testleri ve diğer incelemelerle birlikte hikâyeye dikkate alınarak konur, birçok vakada en önemli bulgu hikâyedir. İstismar tanısı koymak için ilk olarak şüphelenmek gerekir [27].

2.4.1.1. Fiziksel istismarda risk faktörleri [28]

Çocuğa Ait Risk Faktörleri

- Konuşma ve dil bozuklukları,
- Öğrenme güçlükleri,
- Davranış bozuklukları
- Çocukluk çağı psikiyatrik hastalıkları
- Konjenital anomaliler,
- Zeka geriliği
- Fiziksel engeller
- Kronik veya tekrarlayan hastalıklar

- Hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğu
- Planlanmamış hamilelik
- İstenmeyen çocuk

Ebeveyne Ait Risk Faktörleri

- Genç ya da tek ebeveyn
- Düşük eğitim düzeyi
- Çocuk için gerçekçi olmayan beklentiler, çocuk gelişimi hakkında bilgisizlik
- Normal çocuk davranışlarının negatif algılanması
- Çocukken istismar ya da ihmale maruz kalmış ebeveyn
- Madde veya alkol bağımlılığı
- Psikiyatrik hastalıklar

Çevresel Risk Faktörleri

- Evdeki yabancı ergen veya yetişkin erkek
- Aile içi şiddet ya da partner şiddeti
- Hayvan zulmü
- Akut ya da kronik aile stresörleri (örneğin, boşanma ya da kişilerarası çatışma, hastalık ya da iş kaybı)
- Yoksulluk
- Sosyal izolasyon

2.4.1.2. Fiziksel istismarda klinik özellikler

Sağlık kurumlarına fiziksel hasar ile getirilen çocuklarda şüphe uyandıran durumlara ayrıca dikkat edilmelidir. Hastaneye başvuruda açıklanamayan gecikme, alınan öyküde çelişkilerin bulunması, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, birden fazla şüpheli travma öyküsü, ana-babanın kazayı bir kardeşe ya da üçüncü kişilere yüklemesi, kazanın çocuğun kendisine yüklenmesi, çocuğun nedensiz olarak değişik sağlık kurumlarında ya da hastanelerde dolaştırılması, çocukluğunda istismara uğramış ana-baba öyküsü, başvuru esnasında ya da sonrasında ana-baba ya da bakıcılarda düşmanca

davranışlar gözlenmesi sağlık personeli tarafından şüphelenilmesi gereken durumlardır [29].

2.4.1.3. İstismarda görülebilecek genel deri bulguları

İstismar olgularında deri yaralanmaları en sık görülen yaralanmalardır. Ekimoz, sıyrık, yanık, kesi ve ısırık izi gibi travmatik lezyonlar sıklıkla görülebilen deri bulguları arasında yer almaktadır.

Ekimozlar: Ekimozlar fiziksel istismarda en çok karşılaşılan fizik muayene bulgusudur. Ekimozlar özellikle 24-36 ay arasındaki çocuklarda görülür. Yaşın ve hareketliliğin artmasıyla ekimoz sıklığı da artmaktadır. Yürümeyen çocuklarda kazaya bağlı ekimoz sıklığı %1'in altında iken emekleyen ve sıralayan çocuklarda bu oran %17, yürüyen çocuklarda ise %50'dir [30]. Kazaya bağlı ekimozlar sıklıkla burun, ağız çevresi, alın bölgesi ve tibianın ön yüzünde görülür. İstismara bağlı olan ekimozlar ise göz çevresi, yanaklar, çene, kulaklar, sırt, gluteal bölge ve üst bacakta görülebilir. İstismara uğrayan çocuklarda ekimozlar kümelenme gösterebilir [30]. Fizik muayenede farklı zamanlarda oluşan ekimozlar saptandığında da dikkatli olunmalıdır. Ekimozun zamanının belirlenmesinde ise lezyonun rengi önemli olabilir. İlk günlerde kırmızı olan renk daha sonraki günlerde mavi-yeşil-sarıkahverengi şeklinde renk değiştirecektir. Ayırıcı tanıda koagülasyon bozuklukları, hemofili, Henoch-schönlein vaskülit, dissemine intravasküler koagülasyon, doğum lekeleri, immun trombositopenik purpura, Ehler Danlos sendromu düşünülmesi gereken hastalıklardır.

Isırık İzleri: Çocuğun vücudunda ısırık izi görüldüğünde büyük oranda istismardan şüphelenilmelidir. Isırık izleri, dişlerin dokuyu sıkıştırması sonucu küçük kan damarlarının kopmasına bağlı olarak meydana gelen ezilme (kontüzyon) sonucunda oluşmaktadır. Isırmaya bağlı yaralanmalar kedi, köpek, insan ve kemirgen ısırıkları ile gerçekleşmektedir. Doku yırtılması hayvan ısırıklarında insan ısırıklarına göre daha sık meydana gelmektedir. Erişkin ısırıklarında genellikle iki kanin diş arasındaki mesafe 2,5 cm'den fazladır ve sıklıkla bir başka çocuk ya da çocuğun kendisi tarafından ısırılma sonucu oluşan ısırık izine göre daha belirgin bir ekimoz ve laserasyon görülebilmektedir. Fiziksel istismar olgularında lezyonlar sıklıkla baş, yüz, yanak, kulak, burun, parmaklar, eller, kollar ve bacaklarda ısırık izleri görülmektedir [31].

Yanıklar: Yanıklar özellikle 5 yaş altındaki çocuklarda görülür. Yanık ünitesine yatan çocukların %35'inin istismar tanısı aldığı bildirilmiştir. Yanıklar haşlanma, sıcak cisimlere dokunma ya da alevle oluşabilir. Acı vermek amacıyla yapılan imersiyon yanıkları keskin sınırlara sahiptir ve genellikle genital bölge ve alt ekstremitelerde görülür. Yanıkların şekli yanığın sebebini anlamamızı sağlayabilir. Örneğin sigara yanıkları istismara bağlı yanıklar arasında oldukça önemlidir ve deride yaklaşık 1 cm çapında, daire şeklinde gözlenir. Haşlanmalar genellikle sıcak su ile oluşur ve büllerle karakterizedir [30].

Sıyrıklar: Yumuşak doku yaralanmalarında sıyrıklar temel bulgulardandır. Çoğunlukla fiziksel istismar sonucu gelişmektedir. Kaza veya oynarken düşmeye bağlı sıyrıklar özellikle diz ve dirseklerde görülür. Bu bölgelerde birbirine paralel fazla sayıda sıyrık olması kemer veya ip gibi aletlerle vurmaya düşündürmelidir. Yüz, kulaklar, dudaklar, boyun, göğsün yan kısmı, ön karın, yanak ve göğüs bölgesinde parmak ve el izinin çıktığı durumlarda istismar olasılığının çok kuvvetli olduğu durumlardır [32]

2.4.1.4. İskelet sistemi bulguları

Fiziksel istismar sonrası en sık morbidite ve mortalite nedeni kafa travmasıdır. Çocuk istismarı için patognomonik bir kırık şekli yoktur. Ancak bazı kırıklar çocuk istismarını düşündürür. Metafizyel veya epifizyel kırıklar (kova sapı veya köşe), posterior kosta kırıkları, multipl veya geniş kompleks kafatası kırıkları, skapular ve sternal kırıklar, multipl kırıklar bu kırık türleridir [33]. Farklı zamanlarda oluşan kırıklar fiziksel istismarı düşündürmelidir. Fiziksel istismar olgularının 1/3'ünde kırık olduğu bildirilmiştir. Kırıklarda çocuğun yaşı ve hareketlilik durumu istismardan şüphelenmek için önemlidir. Yapılan çalışmalarda 3 yaş altındaki çocuklarda oluşan kırıkların %30'unun, 12 ay altındaki çocuklarda %75'inin istismar olduğu bildirilmiştir. Henüz yürümeyen çocuklarda ise uzun kemik kırıklarının kazaya bağlı olma olasılığı oldukça düşüktür [30].

2.4.1.5. İç organ yaralanmaları

Çocuk istismarında iç organ yaralanmaları daha çok 2 yaş üzerindeki çocuklarda, karın ve göğüs travması şeklinde olur. Karın travması çok sık

görülmemekle birlikte çocuk istismarında 2. sıklıkta ölüme yol açan travmadır ve mortalite oranı %40-%50 civarındadır. Karın travmasına ekimozlar %60 oranında eşlik eder. Bulgular kusma, iştahsızlık, karında şişlik gibi nonspesifik olarak seyredebilir [30].

2.4.1.6. Santral sinir sistemi

Kafa travmaları, fiziksel istismar olgularında başlıca ölüm nedenlerinden biridir. İstismara bağlı kafa travmaları çocuklarda 4-5 yaşa kadar görülmekle birlikte, en sık 1 yaş altı çocuklarda görülmektedir. Fiziksel istismar nedeniyle ölen olguların %80'inde kafa travması görülür. Kafa travmasına uğrayan istismar olgularının %30'u ölmekte, %30- 50'sinde ise ağır nörolojik hasar oluşmaktadır. Vakaların ancak %30'unda tam iyileşme sağlanabilmektedir. İstismara bağlı kafa yaralanmalarında gözlenen patolojiler, subdural kanama, subaraknoidal kanama ve retinal kanamadan oluşmaktadır [34].

2.4.1.7. Göz lezyonları

Çocuğun fiziksel istismarı gözü birçok şekilde etkileyebilmektedir. Göze yapılan travmaların en yaygın tezahürü retinal kanamalardır ve kafa travmalarının %75'inde görülür. Aşırı retinal kanama sarsılmış bebek sendromu için patognomonik değildir ama sıklıkla istismar vakalarında görülür. Hemorajik kistler ve retinoşizis istismarda kazaya bağlı travmalardan daha çok görülür. Ayrıca istismara bağlı subkonjunktival kanama, katarakt, korneal abrazyonlar ve laserasyonlar ve iris hasarı meydana gelebilmektedir [35].

2.4.1.8. Gelişme geriliği

Kronik olarak fiziksel istismara uğrayan çocuklarda ciddi gelişimsel gerilikler görülebilir. Gelişme geriliği olan çocukların üçte birinin istismara uğradığı bildirilmiştir. Bazen gelişme geriliği tek başına çocuk istismarı bulgusu olabilir. Bu durumda çocuğun periyodik muayene ve kontrollerini yapan birinci basamak hekimlerine ve yardımcı sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir [30].

2.4.1.9. Sarsılmış bebek sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Sarsılmış bebek sendromu (SBS) fiziksel çocuk istismarının ağır bir formudur ve 1946 yılında pediatrik radyolog Caffey tarafından tanımlanmıştır. Bebeklerde boyun kaslarının zayıflığından dolayı aşırı hareketler kortexteki köprü venlerinin yırtılmasına neden olur ve bu sebeple oluşur. SBS'nin klasik triadı subdural hemoraji, retinal hemoraji ve ensefalopatidir.

SBS sıklığı bir yaş altı çocuklarda 100 000'de 14-33,8 olarak bildirilmiştir. Bu rakamların tanı konmaması veya yanlış tanı konması nedeniyle tahmin edilenin altında olduğu ve özellikle düşük sosyoekonomik düzeyle güçlü ilişkisi olduğu bildirilmiştir. ABD'de 2005 yılı verilerine göre her yıl 1200-1500 çocuğun SBS'ye maruz kaldığı ve 300 çocuğun bu nedenle öldüğü bildirilmektedir. Ülkemizde SBS ile ilgili yeterince veri bulunmamaktadır çünkü sağlık çalışanları tarafından SBS ayırıcı tanıda göz ardı edilmektedir.

SBS olguları çocukluk çağı hastalıklarının birçoğunun semptomu ile uyumlu şikâyetlerle getirilmektedir. Bu yüzden ilk başvuruda SBS tanısını koymak oldukça zordur. Daha önce tamamen sağlıklı olan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilebilir. Tanıyı koymada iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Yaygın olarak ebeveyn veya bakıcı tarafından verilen hikayede ya hiç travma yoktur ya da minör bir travma öyküsü vardır. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, metabolik hastalıklar, kanama bozuklukları, nadiren CO zehirlenmeleri akla getirilmelidir [36-38]

2.4.1.10. Bir başkasına yüklenen yapay bozukluk (Munchausen by Proxy Sendromu)

Munchausen By Proxy Sendromu çocuk istismarının bir türüdür. Bu istismar türünde bakım veren çocukta fiziksel ya da psikolojik semptom ve hastalık belirtileri oluşturarak çocuğu hastane hastane dolaştırmakta ve çocuk bu süreçte mağdur edilmektedir [39]. DSM 5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 5. Baskı), Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bozukluğa ilişkin tanı kriterleri ise;

- Bir başkasında yanıltıcı bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma, yaralanma ya da hastalığa yol açma,
- Bir başkasını, diğerine hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunma,
- Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma davranışı gösterme,
- Sanrılı bozukluk/psikoz bozukluk gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamama şeklindedir.

Munchausen by Proxy Sendromunda tanı koymak zordur ve zaman gerektirir. Bu süreç çocuğun daha da çok istismara maruz kalması, kalıcı etkiler, sakatlık ve hatta ölüme varan sonuçları doğurmaktadır. Tanı konmayan pek çok vaka olduğu belirtilmektedir. Munchausen by Proxy Sendromunda belirti ve bulgular yalnızca hastalığı kurgulayan kişinin varlığında ortaya çıkmaktadır. Çocuk yetişkinden ayrı olduğunda ise belirti ve bulgular görülmemektedir. Ailedeki diğer kardeş veya çocuklarda benzer hastalıklar veya açıklanamayan çocuk ölümleri vardır. Özellikle kardeşlerde benzer belirti ve bulgular nedeniyle hastaneye başvurma öykülerinin olması, tanı konma aşamasında önemli ipuçlarından biridir.

Uygulayıcıların büyük çoğunluğunun anne olduğu, az miktarda da olsa büyük ebeveyn veya bakıcı tarafından da gerçekleştirildiği belirtilmektedir. İstismarcıların hafiften ağıra kadar kişilik bozukluğu ve depresyon tanılarını almış oldukları görülmektedir [40].

2.4.1.11. Fiziksel istismarda tedavi ve rehabilitasyon

Fiziksel istismara uğramış bir çocuğa başvuru anında gerekli medikal tedaviler yapıldıktan sonra psikolojik ve sosyal olarak desteklenmesi gerekir. İlk tıbbi müdahale, raporlama ve adli bildirim süreçlerinden sonra, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İl Müdürlüklerine bildirim yapılarak burada görevli sosyal hizmet uzmanlarınca “Sosyal İnceleme Raporu” düzenlenmesi ve bu raporun sonuçlarına göre çocuk ile ilgili koruma ve tedbir kararları aldırılması sağlanmalıdır [28].

2.4.2. Duygusal istismar

Duygusal istismar; Çocuğun kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal

açından ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlanır [41].

Duygusal istismar çoğunlukla fiziksel ve cinsel istismara eşlik etmektedir ama fiziksel ve cinsel istismarın olmadığı durumlarda da duygusal istismar gerçekleşebilir [42].

Duygusal istismarın çocuk üzerinde pek çok olumsuz etkisi vardır ve bu etki her yaş grubunda yaşa bağlı tezahür etmektedir. Duygusal istismarın etkisi bebeklikte gelişim geriliği, okul öncesi dönemdeki çocuklarda, sosyal ve duygusal problemler, okul çağındaki çocuklarda, zayıf sosyal ve duygusal bağlılık, davranışsal problemler ve öğrenme güçlükleridir [43].

2.4.2.1. Duygusal istismarın sınıflandırılması [41]

Reddetme/Yok sayma: Ebeveynlerin çocukla bağlanma geliştirmedikleri ve reddedici davranışlar sergiledikleri durumdur.

- Çocuğa istenmediği çeşitli şekillerde söylenir.
- Çocuk aile içinde sürekli olarak suçlanır, hor görülür, isim takılır, alay edilir.
- Konuşmama, bırakılacağını, terk edileceğini belirtme ya da aile içinde günah keçisi olarak sürekli eleştirme şeklinde yapılan duygusal istismar şeklidir.
- Ebeveynler fiziksel olarak vardır ancak duygusal olarak yoktur.
- Çocuğa gelişimi için gereken yakınlaşma, sevgi, ilgi ve bağlılığı göstermeyen soğuk yaklaşımlar içindedirler.
- Çocuğun ayrı bir birey olarak kabul edilmemesi, ihtiyaçlarının karşılanmaması, evde o yokmuş gibi davranılması, kişiliğinin, kabiliyetinin ve başarılarının yok sayılması, hiçbir işe yaramadığının hissettirilmesi veya söylenmesi ve genelde çocuğun yaptıklarının onaylanmaması durumudur.

Yalnız bırakma/İzole etme: Çocuğun yaşlıları içinde bulunması, etkinliklere katılması engellenir, yalnızlığa itilir.

- Odasına ya da başka kapalı alanlara bırakılarak cezalandırılır.
- Çocuğun denetimsiz yalnız bırakılması, arkadaş gruplarına, okul sonrası aktivitelere katılmasına izin verilmemesi, çocuğa yaşamda yalnız olduğunun söylenmesi ya da hissettirilmesi olarak tanımlanır.

Korkutma/Yıldırma: Ebeveynin çocuğu korkutması, tehdit, azarlama, suçlama, aşağılama, gözdağı verme yollarıyla korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olması olarak tanımlanır.

- Çocuğu sindirmek için söylenen “beni üzersen ölürüm, seni bırakırım, çok hasta olurum, üvey anne eline kalırsın, annesiz büyüsün” gibi sözlerle gelen istismar çocukta suçluluk ve öfke duygularına yol açacak, kaygı ve korku yaşatacaktır.

Suçta yönlendirme/İtme: Ebeveynler çocuğun ilaç ya da alkol kullanmasına, şiddet içerikli davranışları izlemesine ya da katılmasına, porno seyretmesine, tecavüz, gasp vb. suçlara tanık olması ya da katılmasına izin verir ya da teşvik edici olur.

- Çocuğun toplumun kurallarına karşı davranmasına göz yumulması ya da bu davranışların pekiştirilmesi, suçta yönelmesine zemin hazırlanması, bu tür davranışlarına engel olunmaması, çocuğa iyi kötü kavramlarının öğretilmemesi bu grup altında yer alır.
- Anne babanın çocuğa karşı göstermiş olduğu aşırı hoşgörölü tutum, çocuğun pek çok olumsuz davranışını görmezden gelme çocuğun sağlıklı davranış gelişimini gerçekleştirememesine yol açacaktır.

Duygusal istismarın diğer istismar türlerine eşlik etmesi ve tanı koyma zorluğu sebebiyle sıklığını tespit etmek zordur. 2008 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF ortaklığıyla yapılan çalışmada Türkiye’de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların yüzde 51’inin duygusal istismara maruz kaldığı ortaya çıkmıştır. 2016 yılında ABD’de yapılan çalışmada duygusal istismar ve ihmal sıklığı %14.1 çıkmıştır [44].

Hastanelerde en iyi tedavi ve takip prosedürünü saptamak için, adli tıp uzmanı, çocuk psikiyatristi, çocuk cerrahisi uzmanı, pediatrist, sosyal hizmet uzmanı ve hemşirenin bir takım çalışması içinde çalışması gereklidir. Bunun yanında, duygusal

istismarda, aileye ebeveyn eğitimi ve terapi formunda yaklaşım veya çocuğun yaşıyla uyumlu bireysel tedavi (örn., oyun terapisi, bireysel psikoterapi, grup terapisi) uygulanabilir. Gerekli olan olgularda, farmakolojik tedavi de ayrıca psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılabilir [45].

2.4.3. Cinsel istismar

Cinsel istismar; Cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir erişkin ya da kendinden en az 4 yaş büyük bir başka çocuk tarafından zorlanarak veya ikna ile cinsel haz amacı güderek maruz kaldığı davranışlar cinsel istismar olarak tanımlanır. Sadece dokunma veya penetrasyon değil cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik gibi temas içermeyen davranışlar da bu kavram içerisine girmektedir [19]. Çocuklara yapılan cinsel istismar tüm dünyanın bir gerçeğidir. Yaygın yanlış inanışa göre çocuk cinsel istismarı az sayıda olan ve genellikle sosyoekonomik olarak geri toplumlarda görülen bir sorundur. Tam aksine cinsel istismar her sosyoekonomik seviyede, her kültürde görülebilen bir toplumsal yaradır. Çocuk cinsel istismarı failleri de kadın veya erkek, yabancı veya aile yakını olabilmekte ve farklı kültürel geçmişlere sahip olabilmektedirler [46].

Cinsel istismarın gerçek rakamlarına ulaşmak oldukça zordur. İstismarın neden olduğu utanç, yalnızlık hissi, suçluluk duyma gibi nedenlerden dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır [47].

2006 yılında açıklanan Dünya Çocuklara Karşı Şiddet Raporunda dünya genelinde tahmini olarak 2002 yılında 150 milyon kız ve 73 milyon erkeğin cinsel istismara maruz kaldığını ortaya koymuştur [46]. ABD’de 34 bin yetişkinle yüz yüze yapılan görüşmelerde katılımcıların %10’unun 18 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir [48]. 22 ülke ve 10 binden fazla kişiyi kapsayan meta analiz çalışmasında erkeklerin %7,9’unun kızlarında %19,7’sinin cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuştur. En yüksek oran Afrika’da en düşük oran ise Avrupa’da gözlenmiştir [16]. Ülkemizde veriler yeterli olmasa da yapılan bazı çalışmalarda cinsel istismar oranının kızlarda %12-25, erkeklerde ise %8-10 aralığında olduğu belirtilmektedir [13].

Çocuklara cinsel istismarda bulunan kişilerin çoğunluğu erkektir ve istismarda bulunan kişilerinde büyük çoğunluğu kurbanın tanıdığı erkeklerdir [49]. İstismarcı, çocuğa yabancı biri olabileceği gibi genellikle çocuğun bildiği çevrede yaşayan kişi olabilir hatta bu kişinin toplumda saygın ve sevilen birisi olması da muhtemeldir. Tipik olarak çekingen, kendine güveni ve saygısı olmayan bir karaktere sahiptir. Erişkinlerle ilişki kurmakta zorlanır. Başkalarının üstünde güç gösterilerine ihtiyaç duyduğu için çocuklar onun hedefindedir. Her zaman yaralamak ve zarar vermek amacını taşımasa da, çocuğu incittiğini ve zarar verdiğini kabul etmez [50].

2.4.3.1. Cinsel istismarda risk faktörleri

Çocuk cinsel istismarında daha çok ailevi ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Düşük aile desteği, fakirlik, eğitim düzeyi düşük ebeveyn, anne-baba yokluğu ya da sadece birinin olması, ebeveynlerin uyuşturucu madde kullanması, aile içi şiddet veya bakıcı ilgisizliği bu faktörlerdendir. İlgiye aç, fiziksel veya mental olarak engelli, madde kullanım öyküsü olan çocuklar daha büyük risk altındadırlar [46].

Sokaklarda yaşamak zorunda kalan çocuklarda cinsel istismar yönünden büyük risk altındadırlar. Bu çocuklar hayatta kalabilmek için sömürülmekte ya da seks ticaretine zorlanmaktadır. Savaş bölgelerindeki çocuklar her türlü istismara karşı savunmasızdırlar. Ailelerinden ayrı bırakılan ya da savaşta ailelerine kaybeden çocuklar cinsel olarak istismar edilmektedirler [46].

2.4.3.2. Cinsel istismarda klinik özellikler

Cinsel saldırıya uğramış çocukta çoğunlukla esas ve kalıcı olan ruhsal travmadır. Ancak mağdurda büyük anogenital yaralanmalar sonrası kalıcı fiziksel bulgular da olabilir. Fiziksel bulgular sabit olmayabilir bazen başlangıçta olan bulgu zamanla kaybolabilir ya da ilk başta görülmeyen bulgu zamanla şiddetlenebilir [51].

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda bazı özellikler öne çıkar. Bunlardan birincisi davranışsal değişikliklerdir. Fobiler, öfke nöbetleri, madde bağımlılığı, uyku bozuklukları, saldırganlık, sosyal geri çekilme, kabuslar, kendine zarar verme, depresyon, yeme bozuklukları, düşük özsaygı ve okul problemleri bunlardan bazılarıdır. Cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerdeki en belirgin davranış özellikleri artmış

cinsel dışı vurumlar olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çocukların yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar, teşhircilik, baştan çıkarma veya oyunlarında cinsel içeriğin olması, erişkin veya diğer genç çocuklarla daha sık cinsel ilişkiye girme davranışları gösterdikleri tespit edilmiştir. Cinsel istismara uğramış erkek çocuklarda en sık görülen davranış ise saldırgan tutumlarda artış şeklindedir. Kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, intihar ve kendine zarar verme şeklindedir.

Cinsel istismardan şüphelenilmesine neden olabilecek diğer durumlar ise anogenital yaralanmalar veya diğer tıbbi yakınmalar ile gelen çocuklarda saptanan fiziksel bulgulardır. Genital, anal veya üretral travma, genital veya anal ağrı, kaşıntı, sıyrıklar, kanama, tekrarlayan üriner enfeksiyon, dizüri veya akıntı vulvitis veya vulvovajinitis veya anal inflamasyon, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, karın ağrısı, kronik kabızlık, ağrılı dışkılama sık görülen semptom ve bulgulardır [52].

2.4.3.3. Cinsel istismar türleri

Cinsel istismarı Faller yedi başlığa ayırmıştır

- 1. Temas İçermeyen İstismar:** İstismarcının çocuğun cinsel özelliklerine yönelik olarak seksü konuşması, cinsel organları gösterme (teşhircilik), açıkça veya gizlice çocuğu çıplakken gözlemek gibi röntgencilik eylemleridir.
- 2. Cinsel İlişki İçermeyen Dokunma:** İstismarcının ve çocuğun giyinik veya çıplak olması halinde cinsel organlara dokunma, okşama ve/veya mastürbasyonu kapsar.
- 3. Oral-Genital Seks:** İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla cinsel ilişki yapmasıdır.
- 4. İnterfemoral İlişki:** İstismarcının penisini çocuğun bacaklarının arasına yerleştirdiği ilişki türüdür.
- 5. Cinsel Penetrasyon:** Vajen ve/veya anüse parmakla, bir yabancı cisimle veya penisle penetrasyon söz konusudur.
- 6. Cinsel Sömürü:** Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla çocuk istismarıdır.

7. Başka İstismar Türleri de İçeren Cinsel İstismar: Cinsel istismara aşağılama, fiziksel olarak kötü muamele, uyuşturucu ve alkol kullanmaya zorlama eşlik edebilir [53].

2.4.3.4. Cinsel istismarın oluşturduğu sonuçlar

Çocukken cinsel istismara uğrayan kişilerde ruhsal travmalar uzun yıllar etkisini gösterebilmektedir. Bilişsel ve duygusal gelişimini etkileyen bu travmalar duygulanım süreci ve benlik algısında da bozulmalara yol açar.

Cinsel istismar mağdurlarında görülen patolojilerden biri de dissosiasyondur. Psikolojik travmaya karşı geliştirilen bir savunma olarak kabul edilmektedir. Cinsel istismar sonrası ilk dönemlerde amnezi ve uyurgezerlik olarak ortaya çıkabilmektedir. Çocuğun gözlerini bir noktaya dikip uyaranlara cevap vermediği durumlar çocuklarda en sık görülen dissosiasyon göstergesidir. Geçmişinde cinsel istismar öyküsü olan çocuklarda, intihar davranışı, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, borderline kişilik bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu görülebilmektedir.

Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişki yeteneği cinsel istismar sonrası bozulmaktadır. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da fazla yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ilişki kurdukları görülmektedir. Cinsel istismar ile birlikte erken yaşlarda çocuğun cinsel farkındalığı başlamış olur. Bu travmatik deneyim çocuğu cinsel davranışlar göstermeye yönelir. Akranlarıyla cinsel içerikli oyunlar oynamaya meyleder. İstismar sonrasında yetişkin olduğu zaman kompulsif olarak cinsel deneyimlere yönelir. Bu cinsel istek fazlalığı fiziksel acının içerisinde yer alan duygusal boyutun gizlenmesine yardımcı olan güç sağlamaya çalışma ve kontrolü ele almanın ifadesidir [47].

Finkelhor ve Browne cinsel istismara uğrayan çocuklarda dört travmatik dinamik bulunduğunu açıklamıştır. Bunlar; travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık, damgalanma ve güçsüzlüktür [54]. Travmatik cinsellik çoğunlukla ensest olgularında görülür. İstismarcı, aslında çocuğun ailede en çok sevgi ve onay beklediği kişidir. Çocuğun en çok sevdiği kişi onun sevgisinden faydalanıp hediyeler vermiş ve bunun karşılığında cinsel talepte bulunmuştur. Çocuk bu durumda cinselliği bir alışveriş gibi değerlendirecektir. İleriki yaşamında birden çok partnerle cinsel ilişkiye girmesine ve

riskli cinsel davranışlarda bulunmasına sebebiyet verecektir. Cinsel istismara uğramış çocuk yakınları tarafından ihanete uğradığını düşünür. Genellikle çocuklar yetişkinlerin onları koruyacağına inanırlar. Çocuk istismara uğradığı zaman güvenlik ve emniyet duygusu kaybolur, çocuk kendisine ihanet edildiğini hissetmeye başlar. Damgalanma; cinsel istismara uğramış çocuk kendinde lekelenmişlik duyguları hissedebilir. Utanç, suçluluk kavramlarının da eklenmesiyle bu duygular zamanla benlik algısına karışır ve kendisini böyle algılamaya başlar. Damgalanma çocuğun istismarcı tarafından azarlanması, ensestin ilişki içerisinde gizlenmesi, toplum ve aile tarafından çocuğa tepki verilmesi ile ortaya çıkar [47].

2.4.3.5. Aile içi cinsel istismar: “Ensest”

Ensest, kanunlar tarafından evlenmesi yasaklanmış aile üyeleri ve akrabalık ilişkilerini de içeren yakın kan bağı olan kişiler arasındaki cinsel aktivite olarak isimlendirilmektedir [55]. “Ensest” kelimesi Latince lekelemek, kirletmek anlamına gelen “Incestare” ve kirli anlamına gelen “Incestus” kelimelerinden türemiştir [56]. Ensest ilişki çoğunlukla toplumda tabu kabul edilen, gizli kalan, ortaya çıkmadığı sürece devam eden bir olaydır ve tanınması ve takibi oldukça zordur. Ensest, diğer istismar tiplerine göre daha önemlidir. Çünkü cinsel istismarın aile içinde yaşanması, toplum tarafından kabul edilemezliği ve ailenin parçalanma korkusu gibi etmenler ensestin diğer cinsel istismar tiplerine göre açığa çıkmasını zorlaştırmaktadır [57].

En çok rapor edilen ensest türü baba ile kız arasında olmaktadır. Erkek kardeş-kız kardeş, kız kardeş-kız kardeş ve anne- erkek çocuk ondan sonra gelmektedir [58]. Ensest vakalarının sıklığı ile ilgili değerler cinsel istismarlarda olduğu gibi kesinlik içermez ve kullanılan verilerin kaynağı, veri toplama yöntemleri, toplum yapısına göre değişkenlik göstermektedir. Adli tıp kayıtlarından oluşturulan bazı geriye dönük çalışmalarda tüm çocuk cinsel istismar olguları içerisinde %10-44, bazı klinik çalışmalarda %26-31 oranında karşılaşılan ensest, rastgele gruplarla yapılan anketlere dayalı çalışmalarda %3-11 oranında karşımıza çıkmaktadır [56].

Ensest İçin Risk Faktörleri;

- Alkolik baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,

- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşmaları,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması,
- 6 - 8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı,
- İktidarsızlık ve psikopati
- Çok fazla çocuk sahibi olunması,
- Düşük eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin düşüklüğü,
- Geniş aile yapısı,
- Madde kullanımı [55, 59]

2.4.3.6. Pedofili

Pedofili çocuk istismarı olguları içinde en çok kaygı uyandıranıdır. Pedofilide çocuğun cinsel olarak sömürülmesi saldırganlık olarak bulunur. Pedofilleri diğer çocuk cinsel istismarcılarından ayıran en önemli özellikleri çocuklara karşı hissettikleri cinsel dürtülerin ve bu dürtüler doğrultusunda çocuklara yaptıklarının yanlış olduğunu düşünmemeleridir. Pedofili bütün sosyokültürel çevrelerde ve sosyal sınıflarda görülebilir. Pedofili ani olarak meydana gelen bir davranış değildir. Pedofillerde genellikle çocuklara yönelik cinsel eğilimlerinin ergenlikten başlayarak oluştuğu görülmektedir. Pedofillerde her tür cinsel yönelim gözlenir. Güvenlik saldırgan için çok önemli olduğundan çocuğun sır saklama kapasitesini test edip çocuğun ailesine açılıp açılmayacağını anlamaya çalışır. Çocuk sır sakladıkça onu ödüllendirir. Diğer çocuk istismarı kategorilerinden farklı olarak pedofillerin tüm davranışları ve eylemleri belli bir plan dâhilindedir [60]

DSM-5'te pedofili, pedofilik bozukluk adı ile parafilik bozuklukların içerisinde kendine yer bulmuştur. DSM-5'e göre pedofilik bozukluk, en az 6 aylık bir süre

boyunca, ergenlik öncesi çocuk ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili, yineleyen, cinsel yönden uyarıcı yoğun düşümler, cinsel dürtüler ya da davranışlar olarak tanımlanır. DSM-5 tanı ölçütlerine göre pedofilik bozukluk tanısı konabilmesi için kişinin en az 16 yaşında olması ve cinsel etkinlikte bulunduğu çocuklardan en az beş yaş daha büyük olmalıdır [61].

2.4.3.7. Cinsel istismarda tanı

Cinsel istismara uğramış çocuğun muayenesi tıbbi ve tedavi amaçlı ya da delil toplamak için yapılabilir. Akut cinsel saldırı durumlarında, yaralanmanın tespit edilmesi ve tedavisinin başlanması, adli delillerin toplanması, enfeksiyon ve gebelik profilaksisi sağlanması için acil muayene gerekir. Cinsel saldırılarının büyük kısmı hemen açığa çıkmaz ve istismar durumundan hemen sonra belirlenemez.

Erken Muayene; Cinsel saldırı sonrası mümkün olan en kısa sürede muayeneye başlanmalıdır. Muayene, aksi bir durum olmadıkça (ensest vb. şüphesi yok ise) güvenilir ve ilgili bir yetişkinin eşliğinde yapılmalıdır. Genel vücut ve anogenital muayenesi, akut psikolojik durum tespiti, örnekler alınması ve raporun yazılması erken muayenenin önemli bileşenleridir. Çocuğun davranışları, ruhsal durumu ve kendisi ile ilgilenen yetişkin ya da yetişkinler ile olan ilişkisinin niteliği not edilmelidir. Fizik muayene, boy ve kilo ölçümü ile davranış değerlendirilmesi yapılmalıdır. Genital muayene her zaman genel muayenenin bir bölümü olarak ve en son yapılmalıdır.

Geç Muayene; Bu muayene, cinsel saldırıdan bir süre sonra yapılan gecikmiş muayene demek değildir. Bulguların tümünün ortaya çıkması belirli bir zaman alacağından, kontrol amaçlı geç muayenenin saldırıdan belirli bir süre sonra yapılması uygundur. Genel vücut ve anogenital muayenesi (saldırıya ait kalıcı izlerin varlığı, anal inkontinans, çocuk yapma yeteneğinin devam edip etmediği, vb.), gebelik araştırılması, CYB hastalıklarının varlığının araştırılması (HIV, gonore, hepatit, genital Herpes, vb.), geç psikolojik durumun tespiti (TSSB, vb.) gerekir. Hekim çocukla konuşurken yalnız olabilir ya da çocuk hemşiresi ya da sosyal hizmet uzmanı onlara eşlik edebilir. Konuşma sırasında çocuk için rahat bir ortam sağlanmalıdır. Çocuğun anlattıkları tekrarlanmalı, olayı canlandırabilmesi için gerçeğe uygun yapılmış oyuncak bebeklerden ve resim çizdirme gibi tekniklerden faydalanılmalıdır. Çocuğun cinsel

istismar ile ilgili söylediği her şey ciddiye alınmalı, çocuğun yaşına uygun konuşma teknikleri kullanılmalı; fakat çocuğu aynı konuda tekrar tekrar sorguya çekerek olayı tekrar yaşamasından kaçınılmalıdır [51, 62].

2.4.3.8. Cinsel istismarda tedavi

Cinsel istismara uğramış çocuğun tedavisi çok yönlü olmalıdır ve genellikle biyopsikososyal yaklaşım gerektirir. Maalesef cinsel istismara uğrayan çocuklar diğer travmatik olaylara da maruz kalırlar. Örneğin; evinden uzaklaşma, aile içi şiddete tanıklık etme, cinsel istismarın birçok türü, fiziksel istismar ve ihmal [46].

Cinsel istismar mağduru çocukların tedavisi genel olarak tedavide travmanın doğrudan araştırılması, stres ile başa çıkma tekniklerinin üzerine yoğunlaşma, travma ile ilgili yanlış düşüncelerin düzeltilmesi, ebeveynlerin tedaviye dahil edilmesini kapsamaktadır [63]. Travmatik anılarla ilişkili duygusal süreçlerin çalışılması tedavinin temel noktasını oluşturur. Bu süreç çocuklarda oyun terapisi olarak uygulanabilir. Üst düzey savunma düzeneklerinin geliştirilmesi, ego kapasitesinin artırılması, sosyal aktivitelere, becerilerine uygun bireysel etkinliklere yönlendirilmesi amaçlanır. Temel tedavi edici amaç esas travmatik deneyim ile oyun aktivitesi arasındaki bilinç dışı ilişkiyi kurmaktır. Bu bağlantı kurulursa çocuk travmatik anılarını söze dökebilecek ve olayın acıtan etkilerini eylemden ziyade sözcükler ile dışa vurabilecektir. Damgalanma ile ilgili suçluluk duygusu ve benlik saygısındaki azalmanın giderilmesi için çocuğun bir cinsel aktiviteye dahil edilmesinin herhangi bir şekilde kendi suçu olmadığı ve suçlunun davranışının bozuk ve hastalıklı bir davranış olduğu çocuğa aktarılmalıdır. İstismarın tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde hastane temelli multidisipliner ekip çalışması çok önemlidir ve bu sayede cinsel istismar olguları daha sistemli olarak ele alınmaya başlanmıştır [47].

2.4.4. Ekonomik istismar

Ekonomik İstismar; Çocuğa bakmakla yükümlü kişinin çocuğu maddi gelir kaynağı olarak görüp çocuktan maddi kazanç elde ederek çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ya da çalıştırılmasıdır [19]. Tüm dünyada çocuklar yoksulluk nedeniyle çok küçük yaşlarda

çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün raporuna göre (2010) ekonomik faaliyette bulunan 305.7 milyon çocuktan, 215 milyonu gelişimlerini olumsuz etkileyecek işlerde çalıştırılmaktadır [64]. Çocuk işçiliği ucuz iş gücü, yoksulluk, eğitim olanaklarına erişim kısıtlılığı, göç, kültürel ve sosyal yapı nedeniyle halen devam etmektedir. 2016 verilerine göre 15-17 yaş aralığındaki 708 bin çocuk çeşitli işlerde çalışmaktadır. Bunların 558 bini gayriresmi olarak çalıştırılmaktadır. Aynı dönemde 56 çocuk iş kazası nedeniyle yaşamını yitirmiştir [65].

Çalışma ortamı çocuklar için psikolojik ve fiziksel birçok risk barındırmaktadır. Çocuk işçiliğinin en büyük zararı da eğitimi sekteye uğratmasıdır.

2.4.5. İhmal

Çocuğun ihmali; Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından, daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında bulunduran devlet tarafından karşılanmaması anlamına gelir [12]. Büyüme-gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla ihmalden şüphelenilir. Fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme olasılığı fazladır, çünkü fiziksel ve cinsel istismara göre tanısı çok daha soyut ve zordur. İstismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olması iki olayı birbirlerinden ayıran en önemli noktadır [13].

İhmal de istismar gibi alt gruplara ayrılır;

Fiziksel İhmal; Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk veya yetersizlik anlamına gelir. Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır. Sağlık ihmali fiziksel ihmalin içinde değerlendirilebilir. Çocuk hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi durumlardır.

Duygusal ihmali; Çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılmasıdır.

Cinsel İhmal; 2 yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlayan çocuğun, yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesidir. Yetişkinlik döneminde bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.

Eğitim İhmali; Çocuğun zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi durumudur [12].

2.5. Dünyada Çocuk Haklarının Gelişmesine Yönelik Çalışmalar ve Kronolojisi

Tarihsel süreç içerisinde toplumlar; zamana, gelişmişlik düzeylerine ve sosyokültürel yapılarına bağlı olarak çocuğa farklı değerler atfetmiştir. Eski toplumlarda çocuklara ekonomik yarar sağlanan birey olarak bakılmaktaydı. Aileye ekonomik fayda sağlamayan çocuklara değer verilmezdi. Hatta zayıf, güçsüz çocuklar toplum dışına itilerek bir birey olarak görülmezdi [66].

İnsanlığın doğuşundan günümüze kadar farklı kültür, din, sosyal yapıdan toplumlarda Çİİ vakaları görülmüştür. Antik Yunan'da babaların soy özelliklerini korumak adına özürlü çocuklarını öldürdükleri bilinmektedir. Eski zamanlarda Avustralya'da ikiz bebekler farklı olana tahammülsüzlük veya anlamlandırılmama sonucu öldürülmüşlerdir. Birçok toplumda cinsiyetçi bir bakış açısıyla kız ve erkek çocuklar eşit görülmeyip kız çocuklarının ekonomik kazanç sağlamadıkları gerekçesiyle satılmışlardır. Cahiliye dönemindeki Arap toplumlarında kız çocuklarının diri diri gömüldüğü bilinmektedir. İslam ülkeleri, Hindistan ve Avustralya'da bebek ve çocuk evlilikleri normal karşılanabilmektedir. Bazı kültürlerde de ergenlik dönemine kadar evlenmemiş kızlar dışlanmakta, erken evlilik namusun göstergesi olarak kabul edilmektedir [67].

2.5.1. Cenevre çocuk hakları bildirisi

Çocuk hakları alanında atılan ilk adım Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'dir. Birinci Dünya Savaşının sonlarına kadar çocuk hakları için bir bildirge

yayınlanmamıştır. Savaşın sonunda çocukların yaşadığı kötü durumlar nedeniyle harekete geçilmiş ve Cenevre’de “Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği” kurulmuştur. Bu birliğin çabalarıyla hazırlanan bildiriye Milletler Cemiyeti 1924 yılında “Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi” olarak kabul etmiştir. Çocukların yaşam haklarını, korunmaları gerektiğini uluslararası düzeyde benimseyen beş maddelik bildirgeyi imzalayan devletlerarasında Türkiye Cumhuriyeti de yer almıştır. 1928 yılında Gazi Mustafa Kemal Atatürk, Çocuk Hakları Bildirgesi’ni imzalamıştır. Ancak İkinci Dünya Savaşı’nın başlaması ile Milletler Cemiyeti’nin geçerliliğini yitirmesi ile bildirinin ülkelere yaptırım gücü kalmamıştır. Bu belge, çocuğun gelişmesi, korunması, eğitilmesi, kardeşlik ve barış ruhu içinde yetiştirilmesi ilkelerini içeren beş maddeden ibarettir [66, 68].

2.5.2. İnsan hakları evrensel bildirisi (10 Aralık 1948)

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda 10 Aralık 1948 tarih ve 217 A(III) sayılı Kararıyla ilan edilmiştir. Kadın, erkek, çocuk ayrımı yapmadan insan haklarından bahseden bu bildirinin 25. Maddesinin 2. Fıkrasında “Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar.” şeklinde çocuk haklarına değinmiştir [69].

2.5.3. Çocuk hakları evrensel bildirisi (20 Kasım 1959)

Çocukların erişkinden farklı fiziksel, fizyolojik, davranış ve psikolojik özellikleri olduğu, sürekli büyüme ve gelişme gösterdiği bilincinin yerleşmesi, çocukların bakımının bir toplum sorunu olduğu ve bilimsel yaklaşımlarla herkesin bu sorumluluğu yüklenmesi gerektiği düşüncesi 20 Kasım 1959’da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda “Çocuk Hakları Bildirgesi” ile kabul edilmiştir. On ilkeden oluşan bu bildirge aşağıdaki gibidir:

- 1. İlke:** Tüm dünya çocukları bu bildirgedeki haklardan din, dil, ırk, renk, cinsiyet, milliyet, mülkiyet, siyasi, sosyal sınıf ayrımı yapılmaksızın yararlanmalıdır.

2. **İlke:** Çocuklar özel olarak korunmalı, yasa ve gerekli kurumların yardımı ile fiziksel, zihinsel, ahlaki, ruhsal ve toplumsal olarak sağlıklı normal koşullar altında özgür ve onurunun zedelenmeyecek şekilde yetişmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla çıkarılacak yasalarda çocuğun en yüksek çıkarları gözetilmelidir.
3. **İlke:** Her çocuğun doğduğu anda bir adı ve bir devletin vatandaşı olma hakkı vardır.
4. **İlke:** Çocuklar sosyal güvenlikten yararlanmalı, sağlıklı bir biçimde büyümesi için kendisine ve annesine doğum öncesi ve sonrası özel bakım ve korunma sağlanmalıdır. Çocuklara yeterli beslenme, barınma, dinlenme, oyun olanakları ile gerekli tıbbi bakım sağlanmalıdır.
5. **İlke:** Fiziksel, zihinsel ya da sosyal bakımdan özürlü çocuğa gerekli tedavi, eğitim ve bakım sağlanmalıdır.
6. **İlke:** Çocuğun kişiliğini geliştirmesi için anlayış ve sevgiye gereksinimi vardır. Anne ve babasının bakımı ve sorumluluğu altında her durumda bir sevgi ve güvenlik ortamında yetişmelidir. Küçük yaşlarda çocuğu annesinden ayırmamak için bütün olanaklar kullanılmalıdır. Ailesi ve yeterli maddi desteği olmayan çocuklara özel bakım sağlamak toplumun ve kurumların görevidir. Çocuk sayısı fazla olan ailelere devlet yardımı yapılmalıdır.
7. **İlke:** Genel kültür ve yeteneklerini, bireysel karar verme gücü, ahlaki ve toplumsal sorumluluğu geliştirecek ve topluma yararlı bir üye olmasını sağlayacak eğitim hakkı verilmelidir. Bu eğitimde sorumluluk önce ailenin olmalıdır. Eğitimin ilk aşamaları parasız ve zorunlu olmalıdır.
8. **İlke:** Çocuk her koşulda koruma ve kurtarma olanaklarından ilk yararlananlar arasında olmalıdır.
9. **İlke:** Çocuklar her türlü istismar, ihmal ve sömürüye karşı korunmalı ve hiçbir şekilde ticaret konusu olmamalıdır. Çocuk uygun bir asgari yaştan önce çalıştırılmayacak, sağlığını ve eğitimini tehlikeye sokacak fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişmesini engelleyecek bir işe girmeye zorlanmayacak ve izin verilmeyecektir.

10. İlke: Çocuk ırk, din ya da başka bir ayrımcılığı teşvik eden uygulamalardan korunacaktır. Anlayış, hoşgörü, insanlar arası dostluk, barış ve evrensel kardeşlik ortamında enerji ve yeteneklerini diğer insanların hizmetine sunulması gerektiği bilinciyle yetiştirilmelidir [70]

2.5.4. Birleşmiş milletler çocuk hakları bildirisi (20 Kasım 1989)

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde benimsenen sözleşme 2 Eylül 1990 tarihinde de yürürlüğe girmiştir. Türkiye de dâhil olmak üzere yaklaşık 142 ülke sözleşmeyi imzalamış ya da onay ve katılma yoluyla taraf devlet durumuna gelmiştir. Türkiye, Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni 2 Ekim 1995'te uygulamaya başlamıştır [71].

Bu sözleşme, başta Avrupa Konseyi olmak üzere uluslararası kuruluşlarca 1950'den beri üretilen belgelere dayanmaktadır [72]. Çocukların refahı alanında, çocukların yaşatılması, korunması ve geliştirilmesi açılarından yeni yaklaşımlar ve standartlar getiren Çocuk Hakları Sözleşmesi çocukların yetiştirilmesinde toplumun, devletin ve ailenin sorumluluklarını hatırlatmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuğun sağlığı, gelişimi, eğitimi ve katılımı temel konular işlenmektedir. Temel konular çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı önemli yer tutmaktadır [4].

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi önsöz ve üç kısımdan oluşmaktadır. Önsözde, bugüne kadar yapılmış insan ve çocuk hakları sözleşmelerine değinilmiş çocukların özel bir özene ve korunmaya gereksinim duydukları belirtilmiştir. Çocukları koruma sorumluluğunun ilk önce aileye ait olduğu, devletin de aileye bu konuda yardım edeceği belirtilmiştir. Sözleşmenin birinci kısmında çocukların yaşatılmaları, geliştirilmeleri ve korunmaları için sahip olmaları gerekli haklar ile bunları gerçekleştirilmeleri için devletlere düşen görevler düzenlenmiştir (madde 1-41). Sözleşmenin ikinci kısmında, sözleşmede yer alan hakların taraf devletlerin sözleşmenin uygulanması ve topluma anlatılması hakkında maddeler yer almıştır. Üçüncü kısımda ise sözleşmenin yürürlüğe girmesine ve sözleşmeye uyulmasının izlenmesine ilişkin kurallara yer verilmiştir (madde 42-54). Sözleşme, çocuklara yönelik tutum ve davranışlara ilişkin evrensel standartları derleyip, tek bir hukuki metinde toplayan ve bağlayıcı olan ilk belgedir. [32].

Çocuk haklarıyla ilgili ilkleri barındıran bu belgenin bazı maddeleri şunlardır [73]:

Madde 2

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

2. Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, yasal vasilerinin veya ailesinin öteki üyelerinin durumları, faaliyetleri, açıklanan düşünceleri veya inançları nedeniyle her türlü ayırma veya cezaya tabi tutulmasına karşı etkili biçimde korunması için gerekli tüm uygun önlemleri alırlar.

Madde 3

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

Madde 6

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

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

Madde 9

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

Madde 19

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

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

Madde 20

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

2. Taraf Devletler bu durumdaki bir çocuk için kendi ulusal yasalarına göre, uygun olan bakımı sağlayacaklardır.

Madde 23

1. Taraf devletler, zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler.

Madde 32

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

Madde 33

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

Madde 34

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

- a) Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;
- b) Çocukların fuhuş ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurularak 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 yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

Madde 36

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

Madde 37

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

Madde 39

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

2.5.5. Çocuk haklarının korunmasına dair Avrupa sözleşmesi (25 Ocak 1996)

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 onaylamıştır. 4620 Sayılı Onay Kanunu 1 Şubat 2001 gün ve 24305 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Çocukların haklarını ve çıkarlarını geliştirmek ve bu hakları kullanma olanağına sahip olmaları için gereken hususlar ve kendilerini ilgilendiren ailevi işlemlerde çocuklarının görüşlerinin usulüne uygun olarak ele alınmasını belirten maddeler içermektedir [74].

2.6. Ülkemizde Çocuk Haklarının Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de diğer birçok ülkede olduğu gibi çocuk haklarının istismarı ve ihlali yönünde çok fazla sayıda durum mevcuttur. Bunlar çocuğun eğitim, sağlık, oyun haklarının ihlalinin yanı sıra, şiddet, cinsel istismar, aile yaşamından yoksunluk gibi çocuğun yaşamını doğrudan ilgilendiren durumlardır. Cumhuriyet Türkiye'sinin ilk sosyal hizmet kurumu 30 Haziran 1921 tarihinde kurulan "Türkiye Himaye-i Etfal Cemiyeti"dir. Cemiyet, yaşanan savaşlar nedeniyle ailesiz kalan çocukları, Anadolu'ya göç eden ailelerin kimsesiz çocuklarını korumak amacıyla kurulmuştur. Cemiyetin 1921 yılında 10 olan şube sayısı 1935'te 612'ye çıkmış, 1935 yılı itibarıyla da "Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu" ismini almıştır. Sosyal hizmetlerin tek elde toplanması amacını güden 2828 sayılı SHÇEK (Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu) Kanunu 1983 yılında çıkarılmıştır. 1991 yılında 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kapatılarak "Aile ve

Sosyal Politikalar Bakanlığı” kurulmuştur. Aynı kararnameye göre, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde “Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kurulmuştur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının ismi 10 Temmuz 2018’de “Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir [75].

Ülkemizde çocuk haklarıyla ilgili ilk adımı 1961 Anayasasının 35. Maddesinde görüyoruz. Bu madde “Aile Türk toplumunun temelidir. Devlet ve diğer kamu tüzel kişileri, ailenin, ananın ve çocuğun korunması için gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” şeklinde düzenlenmiştir. Daha sonraki yıllarda da, Çocuk Hakları Sözleşmesi baz alınarak önemli değişiklikler yapılmıştır. “07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”, 1982 Anayasası’nın 41. maddesine olumlu ayrımcılık şeklinde anlaşılması gereken şu hükmü eklemiştir: “Çocuklar, yaşlılar ve engelliler gibi özel surette korunması gerekenler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılamaz”. Anayasa’nın ailenin korunması başlıklı 41. maddesinde, ailenin Türk toplumunun temeli olduğu, devletin ailenin huzuru ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması için gerekli önlemleri alacağı, teşkilatı kuracağı hususu vurgulanmıştır. Çocuklar bakımından bakacak olursak 07.05.2010 tarihli ve 5982 sayılı kanunla 41. maddeye şu hüküm eklenmiştir: “Her çocuk, korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır” [68].

Çocuk Koruma Kanunu 15.07.2005 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Çocuk Koruma Kanunu, hem suça sürüklenen çocuğa hem de suç mağduru olsun olmasın korunmaya ihtiyacı olan çocuğa koruyucu hükümler getirmiştir [76].

Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması

Sözleşmesi, Bakanlar Kurulu tarafından onaylanıp 10.09.2011 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanmak suretiyle yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmede imzacı devletler birtakım yasal düzenlemeler yapmaya davet edilmektedir ki bunlardan birisi de çocukların ifadelerinin alınma şekillerine ilişkindir. Sözleşmenin ilgili 35. maddesinde özellikle 2 noktaya vurgu yapmakta olup bunların ilki, çocukla yapılacak mülakatın bu

amaçla eğitilmiş profesyoneller tarafından gerçekleştirilmesi, diğeri ise bütün mülakatların aynı kişiler tarafından gerçekleştirilmesidir. Bu sebeple Türkiye’de Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) kurulmuştur. ÇİM sayesinde özellikle cinsel istismar şüphesi olan çocukların birden fazla yerde yapılan muayene ve sorgudan kurtulması sağlanmıştır [77].

Ocak 2019 itibariyle Türkiye genelinde 38 adet ÇİM bulunmaktadır [78].

2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu

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

(1) (Yeniden düzenlenen birinci ve ikinci cümle: 24/11/2016-6763/13 md.) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (Ek cümle: 24/11/2016-6763/13 md.) Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza, istismar durumunda on yıldan, sarkıntılık durumunda beş yıldan az olamaz. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır. Cinsel istismar deyiminden;

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

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

(2) (Yeniden düzenleme: 24/11/2016-6763/13 md.) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza on sekiz yıldan az olamaz.

(3) Suçun;

a) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

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

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

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

e) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

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

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

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

Reşit olmayanla cinsel ilişki

Madde 104- (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) (İptal: Ana. Mah.nin 23/11/2005 tarihli ve E: 2005/103, K: 2005/89 sayılı kararı ile; Yeniden düzenleme: 18/6/2014-6545/60 md.) Suçun mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

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

Müstehcenlik

Madde 226-

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

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

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

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

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

Fuhuş

Madde 227-

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

Kumar oynanması için yer ve imkan sağlama

Madde 228-

(1) Kumar oynanması için yer ve imkan sağlayan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve iki yüz günden aşağı olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

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

Dilencilik

Madde 229-

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

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

(3) Bu suçun örgüt faaliyeti çerçevesinde işlenmiş olması halinde, verilecek ceza bir kat artırılır [79]

2.8. İstismar ve İhmalin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi veya sonuçlarının hafifletilmesinde sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir. Herhangi bir sebeple sağlık kurumuna başvuran hastalarda; mevcut durumun doğru tanımlanması, şüphelerin kanıtlanması ve dikkatli öykü alınması, hekimlik mesleğinde oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin haksız suçlamalardan korunabilmesi için görev, yetki ve sorumluluklarını çok iyi bilmesi ve bunları uygulamada çekimser olmaması gerekir. Kanıtlardaki eksiklikler ve yanlış bilgiler, kültürel ve geleneksel değerler istismarın gözü edilmesine sebep olabilmektedir. Yasalarımıza göre, görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına karşın, durumu yetkili makamlara bildirmeyen ya da bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden, tabip, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır [80].

Çocuk istismar ve ihmalinin tanı, tedavi, bildirim veya rehabilitasyon aşamalarında sağlık çalışanlarına yasal yükümlülüklerden ziyade vicdani olarak da büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlık çalışanlarının bireyi ve toplumu direkt etkileyen bu konuda daha şüpheci ve özverili olması gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Van il merkezindeki ASM'lerde (Aile Sağlığı Merkezi) çalışan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında tutum davranış ve bilgi düzeyini araştırmak ve eksikliklerini tespit etmek amacıyla planlanmış kesitsel, tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Van ilinde, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Van il merkezindeki ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanları dâhil edilerek, Kasım 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Çocuk istismarı tüm dünyanın gündemini meşgul eden toplumsal bir sorundur. Son yıllarda çocuk istismarının sayısının ve görünürlüğünün artması sebebiyle üzerine daha çok düşülen bir konu haline gelmiştir. Çocuk istismarının ortaya çıkarılması, bildirilmesi, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Önemi git gide artan çocuk istismarı konusunda sağlık çalışanlarının yeterli olup olmadığı incelenmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcılar sadece çocuk hastaların hizmet aldığı bölümlerde çalışan sağlık çalışanları ile sınırlandırılmayıp yetişkin hastalara hizmet veren bölümlerde de uygulanarak, tüm toplumu kapsayan istismar konusunda onların çocuk istismarına yönelik bakış açısı da araştırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Çalışma grubunu, Van ili Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Van il merkezindeki ASM'lerde görev yapan 133'ü kadın, 118'i erkek olmak üzere toplam 251 sağlık çalışanından oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde $n = \frac{z^2 \cdot \delta^2}{d^2}$ eşitliği kullanılmıştır. Bu formülde %95 güven katsayısı, diğer bir ifadeyle %5 1. Tip hata ve en fazla dört katı kadar 2. Tip hata öngörüldüğünde yaklaşık olarak % 80 güç değerine göre z değeri 1,96 olarak alınmıştır. Daha önceki yapılan çalışmalarda ilgilenilen özellik bakımından varyasyonun standart sapma olarak 15 ile 21 aralığında değiştiği gözlenmiş ve çalışmamızda da standart sapma (δ) 16 olarak alınmıştır [32, 81-83]. Etki büyüklüğü (d) ise 2 olarak alınmıştır. Bu değerleri formülde yerine koyduğumuzda örneklem büyüklüğü (n) 246 olarak bulunmuştur. Eksik cevaplama olabileceği düşüncesiyle 260 kişiye anket yapılmış ve 9 katılımcı ölçekteki soruları eksik cevaplaması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Toplamda 251 katılımcı ile çalışma sonlandırılmıştır.

3.5. Araştırmanın Tekniği

Benzer konular ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda kullanılan anket ve ölçekler incelenerek toplamda 84 sorudan oluşan yeni bir çalışma formu oluşturuldu. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra hazırlanan çalışma formu yüz yüze soru cevap tekniğiyle 15-20 dakika süre zarfında uygulandı. Çalışma formu araştırmaya başlamadan önce 20 birey üzerinde ön çalışma olarak denendi, soruların anlaşılma durumu ve yanıtlar test edildi. Sorular üzerinde ön çalışmanın sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak esas çalışmaya başlandı.

Çalışma formu Ek-3 ve Ek-4'te sunulmuştur.

Çalışma formunun materyalleri:

Çalışma formu 2 bölümden oluşmaktadır.

1. Sosyodemografik Bilgi Formu
2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (ÇİİBRTYÖ)

1- Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireylerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini sorgulayan (Yaş, cinsiyet, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, mesleği, çocuk sayısı,

istismarla karşılaşması, istismarı bildirmesi, suçlular için düşünceleri, istismar hakkında eğitim alıp almadığı, istismara uğramış bireylere davranışı) 17 soru yer almaktadır.

2-Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

ÇİİBRTYÖ, Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık kapsamında Cronbach Alpha değeri 0,924 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanımı için Uysal'dan izin alınmıştır.

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik likert tipi ölçekte yer alan; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı 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.

Negatif olarak düzenlenen, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı 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 değerlendirilmiştir.

Puan ortalamasının 5'e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3'ün altında kalması ise yanlış yanıtladıklarını göstermektedir.

Kullandığımız ölçeğin alt ölçekleri;

1. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) (19 madde)
2. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) (15 madde)
3. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) (7 madde)
4. İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) (12 madde)
5. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) (6 madde)
6. Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) (8 madde) ile ilgili 6 alt ölçeği bulunan 67 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir.

Alt ölçeklerden;

1. alt ölçek 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,15,16,17,18,19,20. sorulardan

2. alt ölçek 14,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,67. sorulardan
3. alt ölçek 21,22,23,24,25,26,27. sorulardan
4. alt ölçek 42,43,44,45,46,47,48,49,50,55,60,66. sorulardan
5. alt ölçek 41,51,52,53,54,56. sorulardan
6. alt ölçek 57,58,59,61, 62,63,64,65. sorulardan oluşmaktadır [82].

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu araştırma çalışma formunun oluşturulmasının ardından çalışmanın uygulanacağı mecralardan gerekli izin belgeleri alındıktan sonra izin belgeleri ile birlikte fakültemiz etik kurulunun onayına sunulmuştur. Etik kurul onayı alındıktan sonra uygulamaya geçilmiştir (Tarih: 28/09/2018 Karar No: 05) (Ek-1).

Çalışmaya dahil edilen bireylere araştırmanın amacı, içeriği ve yararları hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Onam formu; katılımcıların yapılacak çalışma hakkında aydınlatılması amacıyla hazırlanmıştır. Formda ayrıca; anketin kim tarafından uygulanacağı, içeriği, elde edilecek verilerin nerede ve ne şekilde kullanılacağı, kişisel verilerin kesinlikle gizli tutulacağı, kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler yer almaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum değerler olarak ifade edilirken, Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Tek yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede gruplarda ayrı ayrı olmak üzere Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS (ver: 22) istatistik paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının araştırıldığı çalışmamızda, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tablolar halinde gösterilerek yorumlanmıştır.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının yaş dağılımı (n=251)

Yaş aralığı	n	%
18-25	49	19.5
26-30	103	41.0
31-35	56	22.3
36-40	31	12.4
41 üzeri	12	4.8
Toplam	251	100

Çalışmamızda yer alan cinsiyet, medeni durum, meslek sorularını içeren sosyodemografik bilgilerin sonuçları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (n=251)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	133	53
	Erkek	118	47
Medeni Durum	Evli	152	60.6
	Bekar	97	38.6
	Boşanmış	2	0.8
Meslek	Doktor	132	52.6
	Hemşire	90	35.9
	Ebe	21	8.4
	Acil Tıp Teknisyeni	8	3.1
Çocuk sayısı	Çocuğu olmayan	141	56.2
	Bir çocuk	61	24.3
	İki çocuk	37	14.7
	Üç çocuk	9	3.6
	Dört çocuk	3	1.2

Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının meslekte kaçınıcı yılda olduklarının bilgisi Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının meslekte kaçınıcı yılda olduklarının bilgisi (n=251)

Meslekte kaçınıcı yılı	n	%
0-5	127	50.6
6-10	63	25.1
11-15	43	17.1
16-20	12	4.8
21 ve üzeri	6	2.4
Toplam	251	100

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çocuk istismarıyla karşılaşma oranları Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çocuk istismarıyla karşılaşma oranları (n=251)

İstismarla karşılaşma durumu	n	%
İstismarla karşılaşmış	133	53.0
İstismarla karşılaşmamış	118	47.0
Toplam	251	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarından istismarla karşılaşan 133 (%53) kişiden 63'ü (%47,3) 2 veya daha fazla istismar türünü yaşayan çocukla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının hangi istismar türleriyle karşılaştıkları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının karşılaştıkları istismar türlerinin oranları (n=133)

Karşılaşılan İstismar Türü	n	%
Sadece Cinsel İstismar	28	21
Sadece Fiziksel İstismar	26	19.5
Sadece İhmal	14	10.5
Sadece Duygusal İstismar	2	1.5
2 Veya Daha Fazla İstismar Türü	63	47.3
Bütün İstismar Türleri	7	5.2

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 60'ı (%32,5) şüphelendikleri istismar vakalarında kendilerini en çok zorlayan durumun ebeveynlerin tepkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının istismar vakalarında en çok zorlandıkları durumlar Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının istismar vakalarında en çok zorlandıkları durumlar (n=185)

İstismar vakasında zorlanılan durum	n	%
Ebeveynlerin tepkisi	60	32.5
Anamnez alma	46	24.8
Fizik muayene	21	11.4
Adli mercilere bildirme	20	10.8
Birden fazla durum	38	20.5

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarından 225’i (%89.6) fiziksel istismarda, 245’i (%97.6) cinsel istismarda, ihmalde 190’ı (%75.6), duygusal istismarda 167’si (%66.5) ve ekonomik istismarda 161’i (%64.1) bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının hangi istismar türlerinde bildirim yapacağı Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının bildirim yapacaklarını belirttikleri istismar türleri (n=251)

Bildirimi Yapılacak İstismar Türü	n	%
Tüm istismar türleri	158	62.9
Fiziksel ve cinsel	26	10.4
Sadece cinsel	24	9.6
Fiziksel, cinsel ve ihmal	22	8.7
Sadece fiziksel	6	2.4
Fiziksel, cinsel, duygusal ve ihmal	6	2.4
Fiziksel, cinsel ve duygusal	2	0.8
Fiziksel, cinsel ve ekonomik	2	0.8
Fiziksel, cinsel, ekonomik ve ihmal	2	0.8
Fiziksel, cinsel, ekonomik ve duygusal	1	0.4
Cinsel, ekonomik ve ihmal	1	0.4
Cinsel ve ihmal	1	0.4

İstismar vakalarında bildirim yapmak durumunda kalan sağlık çalışanlarından 118’i (%47) polise, 27’si (%10,8) ÇİM’e, 21’i (%8,4) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Müdürlüğü’ne, 15’i (%6) hastane yönetimine, 14’ü (%5,6) savcılığa, 14’ü (%5,6) polise ve hastane yönetimine bildirim yapacağını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının istismar vakalarında bildirim yapacağı yerler Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının istismar vakalarında bildirim yapacağı yerler (n=251)

Bildirim yapılan yer	n	%
Polis	118	47
ÇİM	27	10.8
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Müdürlüğü	21	8.4
Hastane Yönetimi	15	6
Savcılık	14	5.6
Polis ve Hastane Yönetimi	14	5.6
Polis ve ÇİM	8	3.2
Polis ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Müdürlüğü	8	3.2
Polis ve Savcılık	7	2.8
Polis ve 112	2	0.8
ÇİM ve Hastane Yönetimi	2	0.8
Savcılık ve Hastane Yönetimi	1	0.4
Hastane Yönetimi ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Müdürlüğü	1	0.4
112	1	0.4
3 farklı yere bildirim yapanlar	12	4.8
Toplam	251	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanların 63'ü (%42) çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanları bildirim yapmadıkları takdirde bildirim yapmama sebepleri Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanları bildirim yapmadıkları takdirde bildirim yapmama sebepleri (n=150)

Bildirim yapmama sebebi	n	%
Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	42
Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	23
Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	23
Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	12
Toplam	150	100

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarından 164'ü (%65,3) cinsel istismara uğradığını bildiği bir hastası sonraki süreçte herhangi bir nedenle muayeneye geldiğinde ona karşı daha anlayışlı daha kibar olmaya çalıştığını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, cinsel istismara uğramış hastasına sonraki dönemlerde tavırlarının nasıl olacağı Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, cinsel istismara uğramış hastasına sonraki dönemlerde tavırlarının şekli (n=251)

Tavir nasıl olur	n	%
Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	65.3
Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	34.7
Toplam	251	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının 193'ü (%76,9) yakın çevresinde istismara uğramış çocuk olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının yakın çevresinde istismara uğramış çocuk olup olmadığı Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının yakın çevresinde istismara uğramış çocuk varlığı (n=251)

İstismara uğramış tanıdık varlığı	n	%
Evet	26	10.4
Hayır	193	76.9
Fikrim yok	32	12.7
Toplam	251	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarından 97'si (%40) çocuk istismarı vakalarını azaltmak için cezaların artırılması gerektiği gerekirse idam gibi caydırıcı cezaların verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının çocuk istismarı vakalarını azaltmak için verdiği öneriler Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının çocuk istismarı vakalarını azaltmak için önerileri (n=242)

Öneriler	n	%
Cezalar artırılmalı, idam benzeri caydırıcı cezalar verilmeli	97	40
Eğitim çalışmaları yapılmalı	46	19
Suçlular tedavi edilmeli	15	6
Suçlular hadım edilmeli	13	5
2 veya daha fazla öneri verenler	71	30
Toplam	242	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının 74'ü (%29,5) fiziksel istismarı en çok görülen istismar türü olarak belirtmişlerdir.

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının en çok görülen istismar türü hakkında fikirleri Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının en çok görülen istismar türü hakkında fikirleri (n=251)

En çok görülen istismar türü	n	%
Fiziksel	74	29.5
Duygusal	65	25.9
İhmal	61	24.3
Cinsel	48	19.1
Ekonomik	3	1.2
Toplam	251	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının 43'ü (%17,1) çocuğa bağırma, hafifçe tokat atma vb. uygulamaların istismara girmediğini belirtmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının istismara hangi uygulamaların girip girmediği hakkındaki görüşleri Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının istismara hangi uygulamaların girip girmediği hakkındaki görüşleri (n=251)

Hafifçe tokat atma, bağırma gibi uygulamalar istismara girer mi?	n	%
Evet	184	73.3
Hayır	43	17.1
Fikrim yok	24	9.6
Toplam	251	100

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının 136'sı (%54,2) çocuk istismarı ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ile ilgili eğitim alıp almadıkları Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ile ilgili eğitim alma durumları (n=251)

İstismar ile ilgili eğitim alma durumu	n	%
Evet	136	54.2
Hayır	115	45.8
Toplam	251	100

Katılımcılar en düşük puanı İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri alt ölçeğinde alırken (3.33), en yüksek puanı İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri alt ölçeğinde almıştır (4.05).

Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ve alt ölçek puanları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Genel ve Alt Ölçeklere Göre ÇİİBRTYÖ'den Aldıkları Puanlar

Ölçekler	n	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.
Genel Ölçek	251	3.84	0.37	3.04	4.76
İÇÜFB	251	4.05	0.38	2.89	5.00
İİÇDB	251	3.88	0.40	2.93	5.00
İÇÜB	251	4.00	0.63	2.29	5.00
İİYEÖ	251	3.57	0.53	2.25	5.00
İİYÇÖ	251	3.33	0.57	1.83	5.00
ÇİİAÖ	251	3.92	0.60	1.50	5.00

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmalde Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmalde Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler, n: Olgu sayısı

Sağlık çalışanlarının mesleklere göre “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” ten (ÇİİBRTYÖ) aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). İÇÜFB alt ölçeğinde en yüksek puanı ATT'ler almış olup diğer ölçeklerde en yüksek puanı doktorlar almıştır. İİYÇÖ alt ölçeğinde en düşük puanı ATT'ler almış olup diğer ölçeklerde en düşük puanı hemşireler almıştır. Bu durum Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Mesleklere göre ÇİİBRTYÖ’den alınan puanlar

Ölçekler	Meslekler	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Doktor	132	3.98	0.36	0.001
	Hemşire	90	3.64	0.31	
	Ebe	21	3.82	0.32	
	ATT	8	3.87	0.24	
İÇÜFB	Doktor	132	4.16	0.38	0.001
	Hemşire	90	3.89	0.35	
	Ebe	21	3.92	0.37	
	ATT	8	4.23	0.18	
İİÇDB	Doktor	132	3.99	0.40	0.001
	Hemşire	90	3.70	0.38	
	Ebe	21	3.92	0.34	
	ATT	8	3.90	0.35	
İÇÜB	Doktor	132	4.12	0.60	0.001
	Hemşire	90	3.79	0.64	
	Ebe	21	4.06	0.55	
	ATT	8	4.03	0.58	
İİYEÖ	Doktor	132	3.71	0.49	0.001
	Hemşire	90	3.37	0.51	
	Ebe	21	3.59	0.60	
	ATT	8	3.55	0.47	
İİYÇÖ	Doktor	132	3.53	0.50	0.001
	Hemşire	90	3.07	0.54	
	Ebe	21	3.27	0.68	
	ATT	8	3.06	0.46	
ÇİİAÖ	Doktor	132	4.11	0.50	0.001
	Hemşire	90	3.63	0.64	
	Ebe	21	3.97	0.51	
	ATT	8	3.90	0.77	

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler, n: Olgu sayısı
*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Cinsiyete göre ÇİİBRTYÖ’den alınan puanlar

Ölçekler	Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Erkek	118	3.84	0.38	0.987
	Kadın	133	3.84	0.36	
İÇÜFB	Erkek	118	4.09	0.39	0.111
	Kadın	133	4.01	0.38	
İİÇDB	Erkek	118	3.84	0.40	0.181
	Kadın	133	3.91	0.41	
İÇÜB	Erkek	118	3.97	0.61	0.486
	Kadın	133	4.02	0.64	
İİYEÖ	Erkek	118	3.54	0.48	0.414
	Kadın	133	3.60	0.56	
İİYÇÖ	Erkek	118	3.35	0.56	0.549
	Kadın	133	3.31	0.59	
ÇİİAÖ	Erkek	118	3.95	0.61	0.530
	Kadın	133	3.90	0.60	

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler, n: Olgu sayısı
*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının yaşa göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Yaşa göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251)

Ölçekler	Yaş aralığı	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	18-25	49	3.75	0.32	0.387
	26-30	103	3.86	0.36	
	31-35	56	3.83	0.38	
	36-40	31	3.91	0.42	
	41 ve üzeri	12	3.89	0.47	
İÇÜFB	18-25	49	3.93	0.36	0.110
	26-30	103	4.09	0.39	
	31-35	56	4.02	0.40	
	36-40	31	4.12	0.35	
	41 ve üzeri	12	4.07	0.42	
İİÇDB	18-25	49	3.80	0.39	0.184
	26-30	103	3.87	0.38	
	31-35	56	3.89	0.41	
	36-40	31	3.94	0.46	
	41 ve üzeri	12	4.10	0.49	
İÇÜB	18-25	49	4.01	0.60	0.834
	26-30	103	3.97	0.60	
	31-35	56	4.02	0.57	
	36-40	31	4.09	0.74	
	41 ve üzeri	12	3.86	0.90	
İİYEÖ	18-25	49	3.53	0.49	0.888
	26-30	103	3.58	0.52	
	31-35	56	3.54	0.55	
	36-40	31	3.64	0.54	
	41 ve üzeri	12	3.59	0.64	
İİYÇÖ	18-25	49	3.20	0.54	0.331
	26-30	103	3.34	0.55	
	31-35	56	3.33	0.52	
	36-40	31	3.46	0.64	
	41 ve üzeri	12	3.43	0.90	
ÇİİAÖ	18-25	49	3.79	0.65	0.500
	26-30	103	3.97	0.56	
	31-35	56	3.95	0.57	
	36-40	31	3.92	0.74	
	41 ve üzeri	12	3.89	0.50	

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler, n: Olgu sayısı
*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının medeni duruma göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Medeni duruma göre ÇİİBRTYÖ’den alınan puanlar (n=251)

Ölçekler	Medeni durum	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Bekâr	97	3.84	0.35	0.466
	Evli	152	3.83	0.38	
	Boşanmış	2	4.16	0.40	
İÇÜFB	Bekâr	97	4.03	0.37	0.700
	Evli	152	4.05	0.40	
	Boşanmış	2	4.26	0.37	
İİÇDB	Bekâr	97	3.89	0.38	0.278
	Evli	152	3.87	0.42	
	Boşanmış	2	4.33	0.18	
İÇÜB	Bekâr	97	4.03	0.56	0.653
	Evli	152	3.97	0.66	
	Boşanmış	2	4.21	1.11	
İİYEÖ	Bekâr	97	3.56	0.51	0.716
	Evli	152	3.57	0.54	
	Boşanmış	2	3.87	0.41	
İİYÇÖ	Bekâr	97	3.31	0.59	0.923
	Evli	152	3.34	0.57	
	Boşanmış	2	3.41	0.35	
ÇİİAÖ	Bekâr	97	3.96	0.63	0.208
	Evli	152	3.89	0.58	
	Boşanmış	2	4.56	0.26	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının çocuk sayısına göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Bu durum Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Çocuk sayısına göre ÇİİBRTYÖ’den alınan puanlar (n=251)

Ölçekler	Çocuk sayısı	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	0	141	3.85	0.34	0.147
	1	61	3.85	0.38	
	2	37	3.86	0.43	
	3	9	3.52	0.42	
	4	3	3.86	0.45	
İÇÜFB	0	141	4.04	0.37	0.262
	1	61	4.09	0.36	
	2	37	4.06	0.44	
	3	9	3.78	0.41	
	4	3	3.92	0.52	
İİÇDB	0	141	3.87	0.37	0.233
	1	61	3.89	0.40	
	2	37	3.88	0.51	
	3	9	3.69	0.39	
	4	3	4.33	0.58	
İÇÜB	0	141	4.04	0.57	0.230
	1	61	4.00	0.63	
	2	37	3.98	0.72	
	3	9	3.58	0.74	
	4	3	3.61	1.16	
İİYEÖ	0	141	3.58	0.48	0.153
	1	61	3.58	0.59	
	2	37	3.63	0.57	
	3	9	3.14	0.59	
	4	3	3.38	0.34	
İİYÇÖ	0	141	3.33	0.54	0.251
	1	61	3.28	0.59	
	2	37	3.43	0.63	
	3	9	3.05	0.65	
	4	3	3.77	0.58	
ÇİİAÖ	0	141	3.95	0.59	0.210
	1	61	3.92	0.62	
	2	37	3.92	0.64	
	3	9	3.45	0.52	
	4	3	3.83	0.28	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma yılına göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları alt ölçek puanları karşılaştırıldığında sadece İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri (İİYEÖ) alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup en yüksek puan ortalaması 16-20 yıl süreyle çalışanlarda, en düşük puan ortalamasının da 21 yıl ve üzeri çalışanlarda olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer alt ölçeklerde ve genel ölçekte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Meslekteki çalışma yılına göre ÇİİBRTYÖ’den alınan puanlar (n=251)

Ölçekler	Meslekteki yılı	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	0-5	127	3.86	0.35	0.299
	6-10	63	3.82	0.35	
	11-15	43	3.78	0.41	
	16-20	12	3.98	0.42	
	21 ve üzeri	6	3.66	0.39	
İÇÜFB	0-5	127	4.07	0.38	0.816
	6-10	63	4.01	0.42	
	11-15	43	4.05	0.36	
	16-20	12	4.10	0.31	
	21 ve üzeri	6	3.94	0.47	
İİÇDB	0-5	127	3.88	0.38	0.788
	6-10	63	3.85	0.39	
	11-15	43	3.87	0.45	
	16-20	12	4.00	0.52	
	21 ve üzeri	6	4.00	0.57	
İÇÜB	0-5	127	4.00	0.57	0.284
	6-10	63	4.01	0.60	
	11-15	43	4.02	0.73	
	16-20	12	4.11	0.76	
	21 ve üzeri	6	3.45	0.85	
İİYEÖ	0-5	127	3.61	0.50	0.004
	6-10	63	3.59	0.53	
	11-15	43	3.37	0.54	
	16-20	12	3.93	0.57	
	21 ve üzeri	6	3.22	0.35	
İİYÇÖ	0-5	127	3.35	0.55	0.263
	6-10	63	3.33	0.44	
	11-15	43	3.21	0.70	
	16-20	12	3.61	0.67	
	21 ve üzeri	6	3.16	0.90	
ÇİİAÖ	0-5	127	3.99	0.55	0.236
	6-10	63	3.90	0.64	
	11-15	43	3.80	0.67	
	16-20	12	3.93	0.67	
	21 ve üzeri	6	3.56	0.47	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarından istismarla karşılaşanlarla karşılaşmayanların ÇİİBRTYÖ’den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 23’te gösterilmiştir

Tablo 23. İstismar vakasıyla karşılaşma durumuna göre ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar (n=251)

Ölçekler	İstismarla karşılaşma durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Evet	133	3.85	0.36	0.545
	Hayır	118	3.82	0.38	
İÇÜFB	Evet	133	4.07	0.36	0.426
	Hayır	118	4.03	0.41	
İİÇDB	Evet	133	3.87	0.39	0.855
	Hayır	118	3.88	0.42	
İÇÜB	Evet	133	3.98	0.61	0.719
	Hayır	118	4.01	0.64	
İİYEÖ	Evet	133	3.60	0.52	0.350
	Hayır	118	3.54	0.54	
İİYÇÖ	Evet	133	3.37	0.59	0.196
	Hayır	118	3.28	0.55	
ÇİİAÖ	Evet	133	3.93	0.61	0.757
	Hayır	118	3.91	0.60	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının istismarı bildirmeme sebeplerine göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. İstismarı bildirmeme sebeplerine göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları puan(n=150)

Ölçekler	İstismarı bildirmeme sebepleri	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	3.79	0.34	0.454
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	3.91	0.34	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	3.83	0.32	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	3.83	0.42	
İÇÜFB	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	4.02	0.33	0.804
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	4.08	0,35	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	4.00	0.42	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	4.06	0.36	
İİÇDB	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	3.84	0.37	0.221
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	3.99	0.43	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	3.87	0.38	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	3.98	0.39	
İÇÜB	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	3.91	0.65	0.774
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	4.03	0.60	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	4.02	0.61	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	4.00	0.62	
İİYEÖ	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	3.51	0.53	0.129
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	3.71	0.51	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	3.66	0.37	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	3.45	0.56	
İİYÇÖ	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	3.24	0.48	0.354
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	3.33	0.53	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	3.44	0.55	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	3.42	0.75	
ÇİİAÖ	Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğü için	63	3.82	0.67	0.442
	Tanı koymada kendine güvenemediği için	34	3.99	0.61	
	Bildirim yapma prosedürünü tam bilmediği için	34	3.97	0.47	
	Sosyal olarak başına geleceklerden kendini korumak için	19	3.98	0.60	

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmalde Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmalde Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler, n: Olgu sayısı

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının istismara uğramış çocuklara karşı tavırlarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt ölçeklerinde ve genel ölçekte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). İÇÜFB ve İİÇDB alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). İİYEÖ alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamasının 'Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim' şeklinde yanıt veren grupta olduğu belirlenmiştir. Bu durum Tablo 25'de gösterilmiştir.

Tablo 25. İstismara uğramış hastalara karşı tavırlarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)

Ölçekler	İstismara uğramış hastaya takınılan tavır	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	3.81	0.36	0.079
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	3.90	0.38	
İÇÜFB	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	4.01	0.38	0.032
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	4.12	0.39	
İİÇDB	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	3.88	0.40	0.019
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	3.96	0.41	
İÇÜB	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	3.94	0.63	0.080
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	4.10	0.61	
İİYEÖ	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	3.57	0.53	0.920
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	3.56	0.53	
İİYÇÖ	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	3.31	0.58	0.532
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	3.36	0.56	
ÇİİAÖ	Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım	164	3.90	0.59	0.440
	Diğer hastalarım nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim	87	3.97	0.63	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının istismara uğramış tanıdıklarının olup olmamasına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. İstismara uğramış tanıdıklarının olup olmamasına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)

Ölçekler	İstismara uğramış yakın varlığı	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Evet	26	3.80	0.26	0.256
	Hayır	193	3.86	0.38	
	Fikrim yok	32	3.75	0.37	
İÇÜFB	Evet	26	4.01	0.34	0.450
	Hayır	193	4.06	0.39	
	Fikrim yok	32	3.98	0.41	
İİÇDB	Evet	26	3.83	0.37	0.068
	Hayır	193	3.91	0.41	
	Fikrim yok	32	3.73	0.37	
İÇÜB	Evet	26	3.86	0.52	0.342
	Hayır	193	4.03	0.65	
	Fikrim yok	32	3.92	0.57	
İİYEÖ	Evet	26	3.56	0.38	0.952
	Hayır	193	3.58	0.54	
	Fikrim yok	32	3.54	0.54	
İİYÇÖ	Evet	26	3.36	0.59	0.289
	Hayır	193	3.35	0.56	
	Fikrim yok	32	3.18	0.61	
ÇİİAÖ	Evet	26	3.86	0.57	0.495
	Hayır	193	3.95	0.62	
	Fikrim yok	32	3.83	0.51	

İÇÜFB: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri; İİÇDB: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri; İÇÜB: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri; İİYEÖ: İstismar ve İhmal Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri; İİYÇÖ: İstismar ve İhmal Yatkın Çocukların Özellikleri; ÇİİAÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler, n: Olgu sayısı

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olup olmamasına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları alt ölçek puanları karşılaştırıldığında İİYÇÖ ve ÇİİAÖ alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). İİÇDB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ alt ölçeklerinde ve genel ölçekte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). İstismar olduğunu belirtenlerde puanlar anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Bu durum Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olup olmadığını düşünenlerin ÇİİBRTYÖ’den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)

Ölçekler	Hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olup olmadığını düşünenler	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Evet istismardır	184	3.89	0.38	0.001
	Hayır, istismar değildir	43	3.71	0.30	
	Fikrim yok	24	3.66	0.30	
İÇÜFB	Evet istismardır	184	4.11	0.38	0.001
	Hayır, istismar değildir	43	3.89	0.37	
	Fikrim yok	24	3.87	0.33	
İİÇDB	Evet istismardır	184	3.93	0.42	0.004
	Hayır, istismar değildir	43	3.77	0.36	
	Fikrim yok	24	3.69	0.31	
İÇÜB	Evet istismardır	184	4.09	0.62	0.001
	Hayır, istismar değildir	43	3.78	0.61	
	Fikrim yok	24	3.65	0.45	
İİYEÖ	Evet istismardır	184	3.64	0.55	0.003
	Hayır, istismar değildir	43	3.37	0.43	
	Fikrim yok	24	3.40	0.39	
İİYÇÖ	Evet istismardır	184	3.35	0.60	0.336
	Hayır, istismar değildir	43	3.34	0.49	
	Fikrim yok	24	3.16	0.48	
ÇİİAÖ	Evet istismardır	184	3.95	0.62	0.594
	Hayır, istismar değildir	43	3.86	0.50	
	Fikrim yok	24	3.85	0.66	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında eğitim alıp almadıklarına göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ÇİİAÖ alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu konuda eğitim almayanlarda ÇİİAÖ puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu durum Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında eğitim alıp almadıklarına göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)

Ölçekler	Çocuk istismarı hakkında eğitim alma durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	p*
Genel Ölçek	Evet aldım	136	3.83	0.37	0.514
	Hayır almadım	115	3.86	0.36	
İÇÜFB	Evet aldım	136	4.06	0.39	0.553
	Hayır almadım	115	4.03	0.38	
İİÇDB	Evet aldım	136	3.88	0.40	0.940
	Hayır almadım	115	3.88	0.41	
İÇÜB	Evet aldım	136	4.00	0.65	0.986
	Hayır almadım	115	4.00	0.60	
İİYEÖ	Evet aldım	136	3.54	0.50	0.317
	Hayır almadım	115	3.61	0.56	
İİYÇÖ	Evet aldım	136	3.30	0.58	0.354
	Hayır almadım	115	3.36	0.56	
ÇİİAÖ	Evet aldım	136	3.85	0.63	0.029
	Hayır almadım	115	4.01	0.55	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

Sağlık çalışanlarının en sık görülen istismar türü hakkındaki kanaatleri ÇİİBRTYÖ’den aldıkları puanlarla karşılaştırıldığında İÇÜB ve ÇİİAÖ alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bu alt ölçeklerde en sık görülen istismar türü olarak duygusal istismarı seçenlerin ortalama puanı daha yüksek çıkmıştır. Bu durum Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29. Sağlık çalışanlarının en sık görülen istismar türü hangisidir sorusuna verdikleri cevaba göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları alt ölçek puanları (n=251)

Ölçekler	İstismar Türü	n	Ortalama	Std. Sapma	P*
Genel Ölçek	Duygusal	65	3.93	0.37	0.116
	Cinsel	48	3.74	0.37	
	Fiziksel	74	3.82	0.39	
	İhmal	61	3.85	0.33	
	Ekonomik	3	3.78	0.14	
İÇÜFB	Duygusal	65	4.11	0.37	0.444
	Cinsel	48	3.99	0.39	
	Fiziksel	74	4.07	0.38	
	İhmal	61	4.00	0.39	
	Ekonomik	3	4.10	0.26	
İİÇDB	Duygusal	65	3.96	0.42	0.293
	Cinsel	48	3.80	0.46	
	Fiziksel	74	3.89	0.41	
	İhmal	61	3.84	0.33	
	Ekonomik	3	3.88	0.16	
İÇÜB	Duygusal	65	4.17	0.59	0.027
	Cinsel	48	3.91	0.67	
	Fiziksel	74	3.86	0.63	
	İhmal	61	4.06	0.57	
	Ekonomik	3	3.71	0.85	
İİYEÖ	Duygusal	65	3.65	0.58	0.288
	Cinsel	48	3.47	0.55	
	Fiziksel	74	3.53	0.51	
	İhmal	61	3.63	0.46	
	Ekonomik	3	3.30	0.17	
İİYÇÖ	Duygusal	65	3.44	0.54	0.288
	Cinsel	48	3.20	0.63	
	Fiziksel	74	3.30	0.58	
	İhmal	61	3.34	0.53	
	Ekonomik	3	3.44	1,05	
ÇİİAÖ	Duygusal	65	4.03	0.63	0.044
	Cinsel	48	3.72	0.62	
	Fiziksel	74	3.87	0.62	
	İhmal	61	4.03	0.49	
	Ekonomik	3	3.83	0.68	

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

*Tek Yönlü Varyans Analizi ve Duncan

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkındaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları ile ilgili olan bu çalışmada elde edilen bulgular ile bu alanda yapılan çalışmalar birlikte değerlendirilmiştir.

5.1. Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Sathiadas ve ark. 2018 yılında Sri Lanka’da yaptığı sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmalinde bilgi, tutum ve davranışları isimli çalışmada katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında 26–30 yaş arası 73 kişi (46.8%) ile en çok katılımcının olduğu yaş aralığı olmuştur. Glasser ve ark. 2006 yılında İsrail’de çocuk istismarı ile ilgili sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada 22–30 yaş arası 33 kişi (40,2) ile en çok katılımcının olduğu yaş aralığıdır [84, 85]. Paek ve ark. 2019 yılında Güney Kore’de birinci basamak sağlık çalışanlarına yaptığı çocuk istismarıyla alakalı çalışmada katılımcıların 339’u (%51,1) 20-29 yaş aralığındadır [86]. Yapılan çalışmalardaki yaş ortalamalarının bulgularımızla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Demir’in 2013 yılında Edirne’de yaptığı aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarını kapsayan çocuk istismar ve ihmalinde aile hekimlerinin tutumlarıyla ilgili çalışmasında 61 (%64,2) erkek, 34 (%35,8) kadın katılımcı bulunmaktadır [32]. Paek ve ark. Güney Kore’de 2019 yılında birinci basamak sağlık çalışanlarına yaptığı çocuk istismarıyla alakalı çalışmada katılımcıların 148’i (%22,3) erkek, 515’i (%77,7) kadındır [86]. Türker’in 2017 yılında Burdur’da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği isimli çalışmada katılımcıların 110’u (%68,8) kadın, 50’si (%31,2) erkektir [87]. Bizim çalışmamızda da kadın katılımcı oranı yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmaların çoğunda, katılımcıların arasında hemşirelerin ve ebelerin sayısının fazla olduğu çalışmalarda kadın katılımcı sayısı fazladır. Bu durum hemşirelik ve ebelik mesleklerini daha çok kadınların tercih etmesinden kaynaklanabilir.

Türker’in 2017 yılında Burdur’da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık

düzeyleri: Burdur örneği isimli çalışmada katılımcıların 135'i (%84,4) evli, 25'i (%15,6) bekadır. Sathiadas ve ark. 2018 yılında Sri Lanka'da yaptığı sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmaliinde bilgi, tutum ve davranışları isimli çalışmada katılımcıların 89'u (%57,1) evli, 67'si (%42,9) bekadır. Glasser ve ark. İsrail'de 2006 yılında çocuk istismarı ile ilgili sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada 57 kişi (%69,5) evli, 22 kişi (%22,8) bekar ve 3 kişi (%3,7) boşanmış olarak kaydedilmiştir [84, 85, 87]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak evli sayısı daha çok çıkmıştır (%60.6).

Paek ve ark. Güney Kore'de 2019 yılında birinci basamak sağlık çalışanlarına yaptığı çocuk istismarıyla alakalı çalışmada katılımcıların %22'si doktor, %61,7'si hemşire ve kalan kısım da diğer yardımcı sağlık personelidir. Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği isimli çalışmada katılımcıların %50'si doktor, %50'si hemşire ve ebelerden oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda doktor katılımcı sayısı daha fazladır. Sağlık çalışanlarının farklı dağılım göstermesi çalışmaların yapıldığı sağlık merkezlerinin seçiminden kaynaklanıyor olabilir.

Sahebihagh ve ark. İran'da 2017 yılında yaptığı sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi, tutum ve uygulamaları isimli çalışmada 1 veya daha fazla çocuğu olan kişi %61 oranında, Demir'in 2013 yılında Edirne'de yaptığı aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlarını kapsayan çocuk istismarı ile ilgili çalışmasında çocuğu olan katılımcı %72,6 oranında, Lee ve ark. 2007 yılında Tayvan'da hemşireler arasında yaptığı çocuk istismarı hakkındaki çalışmada çocuğu olan katılımcı %43,7 oranında bulunmuştur [32, 88, 89]. Bizim çalışmamızda da çocuğu olan katılımcı oranı %43.8 çıkmıştır. Katılımcıların ortalama yaş aralığı yükseldikçe çocuk sayısı da artmaktadır.

Bilgiç'in 2015 yılında Denizli'de ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çocuk istismarı hakkındaki çalışmada katılımcıların %49,7'si 11-20 yıl aralığında meslekte çalışma süresine sahip olarak bulunmuştur. Talsma ve ark. 2015 yılında İsveç'te genel pratisyenler arasında yaptığı çalışmada %45 oranında 10 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip katılımcılar en büyük çoğunluğa sahiptir [81, 90]. Bizim çalışmamızda büyük oranda mesleğe yeni başlayan katılımcılar olması yaşadığımız bölgenin genellikle sağlık çalışanlarının ilk görev yeri olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.2. Sağlık Çalışanlarının İstismar ve İhmal Vakalarıyla İlgili Özellikleri

Paek ve ark. 2019 yılında Güney Kore’de birinci basamak sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada katılımcıların %32,9’u, Bilgiç’in 2015 yılında Denizli’de ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çocuk istismarı hakkındaki çalışmada katılımcıların %33,3’ü çocuk istismar ve ihmali vakasıyla karşılaşmışlardır [81, 86]. Bizim çalışmamızda çocuk istismarıyla karşılaşma oranının (%53) daha yüksek çıkması özellikle fiziksel istismarın toplumda olağan karşılanabilmesi ve çalışmayı yaptığımız ilin çocuk ve ergen nüfusunun fazla oluşuyla ilişkili olabilir [91].

Kara ve ark. 2013 yılında Ankara’da yaptıkları sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırıldığı çalışmada katılımcıların en çok karşılaştığı istismar türü %45,8 ile ihmal olmuştur. Şanyüz’ün 2009 yılında İstanbul’da yaptığı çocuk istismarına doktorların yaklaşımı konulu çalışmasında doktorların meslek yaşamları boyunca en sık karşılaştıkları istismar türü fiziksel istismar olarak çıkmıştır[92, 93]. Bizim çalışmamızda da katılımcıların en sık karşılaştığı istismar türü fiziksel istismardır (%29.3). Fiziksel istismarın diğer istismar türlerine göre daha belirgin bulgularının olması sebebiyle daha çok fark edilmesi, duygusal istismarın ve ihmalin somut bulgularının daha az olması nedeniyle gözden kaçtığı düşünülebilir.

Burç ve ark. 2014 yılında Erzurum’da yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının çocuk istismarı vakasıyla karşılaştıkları zaman en çok zorlandıkları durum öykü almak olmuştur. Kara ve ark. 2013 yılında Ankara’da yaptıkları çalışmada katılımcıların en çok zorlandıkları durum %58.1 ile kurumlarla iletişim/yasal süreç olmuştur [93, 94]. Bizim çalışmamızda da katılımcıların en çok zorlandıkları durum ebeveynlerin tepkisi olmuştur. Çalışmalar arası farkların olması çalışmanın yapıldığı yerlerin kültürel farklılığı ve kurumlar arası işbirliğinin işlerliği ile alakalı olabilir.

Sathiadas ve ark. 2018 yılında Sri Lanka’da yaptığı sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi, tutum ve davranışları isimli çalışmada katılımcıların %90’ı fiziksel istismarda, %97’si cinsel istismarda, %65’i ihmalde bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir [84]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak katılımcıların 225’i (%89.6) fiziksel istismarda, 245’i (%97.6) cinsel istismarda ve 167’si ihmalde

(%76.4) bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir. Türkiye’de bildirimle ilgili verilerimizi karşılaştırabileceğimiz literatüre rastlanmamıştır.

Burç’un 2014 yılında Erzurum’da yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının çocuk istismarı vakasıyla karşılaştıkları zaman bildirim yapacakları yer olarak en çok emniyetin çocuk şube birimini söylemişlerdir (%54,1). Kara ve ark. 2013 yılında Ankara’da yaptıkları çalışmada katılımcıların çocuk istismarı vakasıyla karşılaştıkları zaman adli bildiri tutacaklarını ve SHÇEK’e haber vereceklerini belirtmişlerdir. Yılmaz’ın 2015 yılında Ankara’da yaptığı çalışmada katılımcıların %47,2’si polise haber vereceklerini söylemişlerdir [83, 93, 94]. Bizim çalışmamızda en çok bildirim yapılacak yerler olarak polis ve ardından ÇİM gelmektedir. Çalışmamızda farklı olarak ÇİM’in olması bu merkezlerin son dönemlerde yaygınlaşması ve araştırmamızın yapıldığı ilde ÇİM’in olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sathiadas ve ark. 2018 yılında Sri Lanka’da yaptığı sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmalinde bilgi, tutum ve davranışları isimli çalışmada katılımcıların istismarı bildirmeme nedenlerinden en çok görüleni teşhisten emin olamama olarak raporlanmıştır. Yılmaz’ın 2015 yılında Ankara’da yaptığı çalışmada katılımcıları bildirmeme sebebi olarak en çok bu konu hakkında yeterince bilgiye sahip olmamalarını göstermişlerdir [83, 84]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların en çok bildirim yapmama sebebi çocuğun bu süreçten zarar göreceği düşüncesi olmuştur. Katılımcıların istismar vakasını bildirmeyip çocuğu koruyabileceği düşüncesi bu konuda görevli kurum ve kuruluşlara yeterince güvenmediklerinden olabilir.

Yılmaz’ın 2015 yılında Ankara’da yaptığı çalışmada katılımcıların %94’ü yakın çevresinde istismar veya ihmale uğrayan birisinin olmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %76.9’u çevresinde istismara uğramış tanıdığını olmadığını bildirmişlerdir. Katılımcıların %12,7’si ise bu konuda fikirlerinin olmadığını beyan etmişlerdir. Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının istismara uğramış tanıdıklarının fazla oluşu istismar vakalarıyla daha fazla karşılaşmış olmalarından dolayı farkındalıklarının artmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Arıkan ve ark. Erzurum’da 1998 yılında yaptıkları çocuk ihmal ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri ile ilgili çalışmada katılımcıların çocuk istismarı vakalarını önlemede neler yapılabileceği konusunda en çok ailelerin eğitilmesi

gerektiğini belirtmişlerdir [95]. Bizim çalışmamızda katılımcıların çocuk istismarını önlemede en çok üzerinde durdukları çözüm yolu ise suçlulara verilen cezaların artırılmasıdır. Bu farklılığa son yıllarda çocuk istismarı vakalarının görünürlüğünün artması sebebiyle oluşan öfke neden olmuş olabilir.

Sizce en sık görülen istismar türü hangisidir diye araştırıldığında Kara ve ark. 2013 yılında Ankara’da yaptıkları sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırıldığı çalışmasında, katılımcıların %45.8’i en çok görülen istismar türü olarak ihmali göstermişlerdir [93]. Bizim çalışmamızda katılımcılar en sık görülen istismar türü olarak fiziksel istismarı belirtmişlerdir (%29.5). Bu farklılık çalışmayı yaptığımız bölgede ihmalin fiziksel istismara göre göz ardı ediliyor oluşundan kaynaklanmış olabilir.

5.3. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismar ve İhmali ile İlgili Eğitim Alma Durumları

Şanyüz’ün 2009 yılında İstanbul’da yaptığı çocuk istismarına doktorların yaklaşımı konulu çalışmasında katılımcıların %36’sı mezuniyet öncesi veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Kara ve ark. 2013 yılında Ankara’da yaptıkları sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırıldığı çalışmada katılımcıların %37.5’i mezuniyet öncesinde çocuk istismar ve ihmaliyle ilgili eğitim aldıklarını, %55.5’i de mezuniyetten sonra böyle bir eğitim aldıklarını belirtmişlerdir [92, 93]. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %54.2’si mezuniyet öncesi veya sonrası çocuk istismar ve ihmali ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

5.4. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ’den Aldıkları Puanlar

Araştırma grubunda yer alan sağlık çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” puanlarının genel ortalaması 3.84 ± 0.37 olarak bulunmuştur. Demir’in 2012 yılında Edirne’de hekimlerle aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada genel puan ortalaması $3,86 \pm 0,33$ olarak hesaplanmıştır [32]. Yılmaz’ın 2015 yılında Ankara’da yaptığı çalışmada ise katılımcıların ÇİİBRTYÖ

genel ölçek puanı $3,90\pm 0,40$ olarak saptanmıştır [83]. Genel ölçek oranlarımız literatürdeki oranlarla uyumlu çıkmıştır.

Alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; Bilgiç'in 2015 yılında Denizli'de ebe ve hemşireler arasında çocuk istismarın hakkında yaptığı çalışmada fiziksel belirtilerin ölçüldüğü İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması $3,87\pm 0,39$ olarak saptanmıştır [81]. Yılmaz'ın 2015 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada ise İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması $3,9\pm 0,4$ olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer olmakla beraber literatürdeki ortalamalardan biraz daha yüksek İÇÜFB alt ölçek puanı ortalaması ($4,05\pm 0,38$) bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen 251 sağlık çalışanından sadece 1 kişinin İÇÜFB'de 3 puan ortalamasının altında kalması katılımcıların bu alt ölçekte bilgilerinin yeterli olduğunu gösterebilir.

Çocuktaki davranışsal belirtilerin ölçüldüğü İİÇDB alt ölçeğinde, Uysal'ın 1998 yılında İzmir'de hemşirelerle yaptığı çocuk istismar ve ihmaliyle ilgili çalışmada ortalama $3,92\pm 0,39$ olarak bulunmuştur [82]. Demir'in 2012 yılında Edirne'de yaptığı ASM'de çalışan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarını inceleyen çalışmasında katılımcıların İİÇDB alt ölçek puanı ortalaması $3,88\pm 0,41$ olarak hesaplanmıştır [32]. Bizim çalışmamızda da İİÇDB alt ölçek puanı ortalaması literatürle uyumlu bir şekilde $3,88\pm 0,40$ olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 251 sağlık çalışanından sadece 2 kişinin İİÇDB'de 3 puan ortalamasının altında kalması katılımcıların bu alt ölçekte bilgilerinin yeterli olduğunu gösterebilir.

Bilgiç'in 2015 yılında Denizli'de yaptığı çalışmada çocuk ihmali ile ilgili puanlama yapan İÇÜB alt ölçeğinde puan ortalaması $3,84\pm 0,41$ olmuştur [81]. Yılmaz'ın 2015 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada İÇÜB alt ölçeğinde puan ortalaması $4,3\pm 0,6$ olarak hesaplanmıştır [83]. Bizim çalışmamızda ise alt ölçeğin puan ortalaması $4,00\pm 0,63$ şeklinde olmuştur. Katılımcıların 14'ü (%5.5) bu alt ölçekte 3 puanın altında ortalamaya sahip olmaları sağlık çalışanlarının ihmali göz ardı etmenlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Uysal'ın 1998 yılında İzmir'de yaptığı çalışmada İİYEÖ alt ölçek puanı $3,41\pm 0,47$ olmuştur [82]. Kocaer'in 2006 yılında İstanbul'da yaptığı hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaliye yönelik farkındalık düzeyleri ile ilgili çalışmada ebeveyn özellikleri ile ilgili puanlama yapan İİYEÖ alt ölçek puanı

3,46±0,47 olarak hesaplanmıştır [96]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak alt ölçeğin puan ortalaması 3.57±0.53 şeklinde olmuştur. Katılımcıların 27'si (%10.7) bu alt ölçekte 3 puanın altında ortalamaya sahiptir. Bu alt ölçekte 3 puanın altında kalan kişi sayısının fazla oluşu katılımcıların istismar ve ihmalde ebeveynlerin özelliklerinin etkili olmadığını düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Demir'in 2012 yılında Edirne'de çocuk istismarı ile ilgili aile hekimleriyle yaptığı çalışmada istismara yatkın çocukların özelliklerinin puanlandığı İYÇÖ alt ölçeğinin puan ortalaması 3,45±0,55 olmuştur [32]. Bilgiç'in 2015 yılında Denizli'de yaptığı çalışmada İYÇÖ alt ölçek puanı ortalaması 3.28±0.53 olarak hesaplanmıştır [81]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak alt ölçeğin puan ortalaması 3.33±0.57 şeklinde bulunmuştur. Katılımcıların 65'i (%25.8) bu alt ölçekte 3 puanın altında ortalamaya sahiptir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların bu alt ölçekte en düşük puan ortalamasına sahip olması katılımcıların çocuk davranışları hakkında yetersiz bilgiye sahip oluşlarından kaynaklanıyor olabilir.

Kocaer'in 2006 yılında İstanbul'da hekim ve hemşirelerle çocuk istismarı hakkında yaptığı çalışmada ailesel özelliklerin puanlandığı ÇİAÖ alt ölçeğinin puan ortalaması 3,74±0,52 olmuştur [96]. Yılmaz'ın 2015 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada alt ölçeğin puan ortalaması 3,9±0,5 olarak hesaplanmıştır [83]. Bizim çalışmamızda da literatürle benzer olarak alt ölçeğin puan ortalaması 3.92±0.60 olarak bulunmuştur. Katılımcıların 10'u (%3.9) bu alt ölçekte 3 puanın altında ortalama almışlardır. Bu alt ölçekte 3 puanın altında kalan katılımcıların olması çocuk istismarının çok yönlü biyopsikososyal yaklaşım gerektiren bir konu olmasının ihmal edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.5. Sağlık Çalışanlarının ÇİBRTYÖ Sonuçlarının Meslek ile İlişkisi

Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı yüksek lisans tezinde çalışmamızla aynı ölçek kullanılmıştır. Meslekler karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) [87]. Gölge ve ark. İstanbul'da 2011 yılında Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi isimli çalışmasında meslek grupları arasında, ölçeğin toplam puan ortalamasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık belirlenemezken, sadece “İstismara ve İhmale Yatkın Çocuğun Özellikleri” alt ölçeğinde anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$) [97]. Metinyurt ve ark. 2015 yılında İzmir’de sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri ile ilgili çalışmasında hemşire ve hekimler arasındaki karşılaştırmada hekimlerin “İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde hemşirelerin puanlarından yüksek bulunmuştur [98]. Bizim çalışmamızda da meslekler karşılaştırıldığında doktorlar ve hemşireler arasında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

5.6. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Cinsiyetle İlişkisi

Kocaer’in 2006 yılında İstanbul’da yaptığı hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri ile ilgili çalışmada çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) [96]. Gölge ve ark. 2011 yılında İstanbul’da aynı ölçeği kullanarak yaptığı Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi isimli çalışmasında ölçeğin toplam puan ortalamasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık görünmezken, “İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” ve “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık belirlenmiştir [97]. Bizim çalışmamızda genel ölçek puanı ve alt ölçek puanlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmamız her ne kadar Kocaer’in çalışmasıyla paralellik gösterse de Gölge ve ark. yaptığı çalışmada olduğu gibi kadınların çocukların davranış özelliklerini algılamaya daha açık oldukları söylenebilir.

5.7. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Yaş ile İlişkisi

Bilgiç’in 2015 yılında Denizli’de ebe ve hemşireler arasında çocuk istismarın hakkında yaptığı çalışmada yaş grupları arasında ÇİİBRTYÖ’den aldıkları genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) [81]. Türker’in 2017 yılında Burdur’da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı yüksek lisans tezinde yaş grupları arasında bizim çalışmamızla aynı ölçeği kullanarak oluşturduğu çalışma formunda genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) [87]. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları genel ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$).

5.8. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Medeni Durum ile İlişkisi

Uysal'ın 1998 yılında İzmir'de hemşirelerle yaptığı çocuk istismar ve ihmaliyle ilgili çalışmada katılımcıların medeni durumlarıyla ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) [82]. Burç'un 2014 yılında Erzurum'da yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının medeni durumuyla ölçekten aldıkları puanlar arasında bir ilişki gösterilememiştir ($p>0.05$) [94]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak medeni durumun ÇİİBRTYÖ puanlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur ($p>0.05$).

5.9. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Çocuk Sahibi Olma ile İlişkisi

Bilgiç'in 2015 yılında Denizli'de aile sağlığı çalışanları arasında çocuk istismar ve ihmali ile ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların çocuk sahibi olma durumuyla ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) [81]. Kocaer'in 2006 yılında İstanbul'da yaptığı hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaliye yönelik farkındalık düzeyleri ile ilgili çalışmada çocuk sahibi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir ($p>0.05$) [96]. Bizim çalışmamızda da çocuk sahibi olmayla ölçekten alınan puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

5.10. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Meslekteki Çalışma Yılı ile İlişkisi

Gölge ve ark. 2011 yılında İstanbul'da aynı ölçeği kullanarak yaptığı Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi isimli çalışmasında meslekte çalışma yılı göz önüne alarak

değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) [97]. Demir'in 2012 yılında Edirne'de yaptığı ASM'de çalışan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarını inceleyen çalışmasında meslekte geçirilen süreyle ÇİİBRTYÖ'den alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) [32]. Bizim çalışmamızda da meslekteki çalışma sürelerinin ölçekten alınan puana anlamlı bir etkisinin olmadığını görmüştür.

5.11. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının İstismar Vakasıyla Karşılaşma ile İlişkisi

Burç'un 2014 yılında Erzurum'da yaptığı çalışmada katılımcıların ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puanlar istismar ve ihmal vakalarıyla karşılaşma karşılığınamalarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) [94]. Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe ve hemşirelerle yaptığı yüksek lisans tezinde aynı ölçekten alınan puanlar istismar ve ihmal vakalarıyla karşılaşmaya göre değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) [87]. Bizim çalışmamızda da tıpkı bu çalışmalar gibi istismar ve ihmal vakasıyla ilgili tecrübesi olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı herhangi bir ilişki gösterilememiştir ($p>0.05$).

5.12. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Cinsel İstismara Uğramış Hastalarına Tavırları ile Karşılaştırılması

Çalışmamıza katılan 251 sağlık çalışanının 164'ü (%65) cinsel istismara uğramış bir hastası kendisine muayeneye geldiğinde ona karşı daha anlayışlı, daha kibar olmaya çalışacağını belirtmiştir. 87 kişi (%35) ise diğer hastalara karşı takındığım tavrın aynısını uygulamam demmiştir. İÇÜFB ve İİÇDB alt ölçeklerinde bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Literatür taramasında sağlık çalışanlarının bu tür davranış farklılıkları ve Çİİ hakkında bilgi düzeyi ilişkisi ile ilgili çalışma bulunamamıştır. Araştırmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.13. Sağlık alışanlarının ÇİİBRTYÖ Sonuçlarının Hafifçe Tokat Atma, Vurma Gibi Eylemlerin İstismar Olup Olmadığını Düşünenler ile Karşılaştırılması

ÇİİBRTYÖ'nin İÜFB, İİDB, İÇÜB ve İİYEÖ alt ölçeklerinde alınan puanlarla hafifçe tokat atma, vurma gibi eylemlerin istismar olup olmadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bu eylemlerin istismar olduğunu düşünenlerin ilk dört ölçekteki puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Literatür taramasında sağlık çalışanlarının bu tür düşünce farklılıkları ve İİ hakkında bilgi düzeyi ilişkisi ile ilgili çalışma bulunamamıştır. Araştırmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.



6. SONUÇLAR

Çocuk istismar ve ihmali tüm dünyada gittikçe artan bir sorundur. Son yıllarda istismar ve ihmal vakalarının görünürlüğü medya organlarının yaygınlaşmasıyla artmıştır. Çocuk istismarı vakaları ortaya çıktığında tüm toplumda infial uyandırmaktadır.

Özellikle son yıllarda çocuk istismar ve ihmali önlemek amacıyla uluslararası alanda birçok çalışma yapılmıştır. Çocuk hakları ile alakalı kanun ve sözleşmeler bunların başında gelmektedir. Çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesinde sağlık çalışanlarına da büyük görevler düşmektedir. İstismarın önlenmesi veya oluşmuşsa çocuğu bu kaotik durumdan en az hasarla çıkarmak için sağlık çalışanlarının özveri ve bilgili olması gerekmektedir. Verilen eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması, verimliliğinin artırılmasıyla çocuk istismar ve ihmalinin sağlık çalışanlarının zihninde her zaman diri tutulması sağlanabilir. Çocuk istismar ve ihmalinin daha oluşmadan önlenmesi en iyi tedaviden bile daha etkilidir. Bu noktada aile hekimlerine büyük görevler düşmektedir. Hastalarla yakın ilişki, ev ziyaretleri, kısa bilgilendirici sohbetler, hastaların sadece medikal değil psikososyal olarak da takibi istismar ve ihmal olgularının erken fark edilmesini sağlayabilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının mesleklere göre ölçek puanlarına baktığımızda doktorların diğer sağlık çalışanlarından daha fazla bilgiye sahip olduğu bulunmuştur. Hemşireler en az puan ortalamasına sahiptirler. İstismar ve ihmal vakaları da diğer sağlık sorunları gibi ekip çalışması gerektirdiğinden hemşirelere yönelik eğitim faaliyetlerinin artırılmasının sağlanması faydalı olacaktır.

Katılımcıların bilgi düzeyiyle cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı gibi parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının %53'ü en az bir istismar türüyle karşılaştığını belirtmişlerdir. En çok karşılaşılan istismar türü ise fiziksel istismar olarak çıkmıştır.

Sağlık çalışanlarının istismar vakasıyla karşı karşıya geldiklerinde en çok zorlandıkları durum ebeveynlerin tepkisi olmuştur. Bu tepkinin bildirim yapılmasını engellememesi için halkı bilinçlendirmeye yönelik yapılacak çalışmalarla sağlık çalışanlarının tedirginlik yaşadığı noktalar azaltılabilir. Katılımcıların büyük çoğunluğu

tüm istismar türlerinde bildirim yapacağını belirtirken, bildiri yapacağı kurumlar olarak en çok polis ve ÇİM'i işaret etmişlerdir. Tüm Türkiye'deki ÇİM sayısı artırılarak çocuklarda daha az hasarla kurtulması sağlanabilir. Araştırmamıza dahil edilen sağlık çalışanları bildirim yapmadıkları takdirde bildirim yapmama sebebi olarak en çok çocuğun bu süreçten zarar görebileceği düşüncesini göstermişlerdir. Bildirim yapma süreci ve sonrası ile alakalı gerekli bilgilendirmeler yapılırsa sağlık çalışanlarının istismar vakalarında daha etkin olmaları sağlanabilir.

Doktor, hemşire, ebe ve ATT'lerden oluşan katılımcılarımız istismar vakalarını azaltmak için mevcut cezaların artırılması gerektiğini gerekirse caydırıcı başka cezaların da verilebileceğini belirtmişlerdir. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarına istismar ve ihmali önlemede koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlatılmalıdır. En çok görülen istismar türü olarak, fiziksel istismar diğer istismar türlerinden daha fazla kişi tarafından seçilmiştir.

Hafifçe vurma, bağırma gibi eylemlerin istismar olduğunu düşünenler çoğunluk grubudur. Bu davranışın istismar olduğunu düşünenlerin istismar ve ihmali konusunda daha bilgili olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının geldikleri kültüre, yaşadıkları çevreye göre normal saydıkları davranışların çocuk istismarına girebileceği konusunda yapılacak eğitimlere daha fazla mesai harcanabilir.

Katılımcıların eğitim alıp almamasına göre genel ölçek puanları karşılaştırıldığında belirgin bir fark bulunamamıştır. Bu sebeple verilen eğitimlerin niteliğinin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Cinsel istismara uğradığını bildiği bir hastası herhangi bir sebeple muayeneye geldiğinde ona karşı tavrının diğer hastalardan farklı olmayacağını söyleyenler çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha doğru bilgilere sahip çıkmıştır.

Araştırmada yer alan katılımcıların ortalama puanlarının 3'ün üzerinde olması ölçek bütününe belli bir bilgi seviyesinde olduklarını göstermektedir. Ancak özellikle istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özelliklerinin ve istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerinin puanlandığı alt ölçeklerde 3'ün altında ortalamaya sahip kişi sayısının fazla oluşu bu konularda yetersiz olduklarını düşündürmektedir.

Özetle çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilerinin yetersiz ve bildirim oranlarının bir takım nedenlerden dolayı tam olmadığı

belirlenmiştir. Duygusal ve ekonomik istismar ile ihmal gibi belirgin bulguları daha az olan durumlarda gerekli koruyucu tedbirlerin alınması gerektiği üzerinde daha çok durulmalıdır. Birinci basamakta hizmet veren aile hekimliği uzmanları, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları topluma en kolay ve direkt ulaşabilen sağlık çalışanları olduğu için istismardan korunma, tanı, tedavi ve bildirim konularında daha özenli ve donanımlı olmalıdırlar. Bunun sağlanabilmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle birinci basamak sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık ve bilgi düzeylerinin arttırılması, bildirimde bulunmama sebeplerinin zmne yönelik adımların atılması ayrıca toplumun bu konuda duyarlılığını arttırmak için öncelikle birinci basamakta halka yönelik eğitimlerin yapılması gerekmektedir.



KAYNAKLAR

1. Sağlam, M. and N. Aral, *Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları*. ÇOCUK VE MEDENİYET DERGİSİ, 2017. **1**(2).
2. http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf (Erişim Tarihi: 01.04.2019)
3. http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c88fb2122c430.79683514 (Erişim Tarihi: 01.04.2019)
4. Aral, N. and F. Gürsoy, *Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı*. Milli Eğitim Dergisi, 2001. **151**(5).
5. Green, A.H., *Self-destructive behavior in battered children*. Am J Psychiatry, 1978. **135**(5): p. 579-82.
6. YURTSEVER KILIÇGÜN, M. and A. OKTAY, *ÇOCUK HAKLARINA YÖNELİK EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ VE STANDARDİZASYONU*. 2011.
7. Flemington, T. and J. Fraser, *Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam*. Int Emerg Nurs, 2017. **34**: p. 29-35.
8. Borimnejad, L. and F. Khoshnavay Fomani, *Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences*. Iran Red Crescent Med J, 2015. **17**(8): p. e22296.
9. Yılmaz, G., et al., *Bir çocuk istismarı vakası*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003. **46**(4): p. 295-298.
10. DEROBALI, N., S.Ç. KARADAĞ, and S. SÖNMEZ, *Okulöncesi eğitim öğretmenlerinin çocuk istismarı ihmali şiddet ve eğitimcilerin rolü konusundaki görüşleri*. Ege Eğitim Dergisi, 2013. **14**(1): p. 50-66.
11. Pelendecioğlu, B. and S. Bulut, *Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009.
12. Acehan, S., et al., *Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2013. **22**(4): p. 591-614.
13. Kara, B., Ü. Biçer, and A.S. Gökalp, *Çocuk istismarı*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004. **47**(2): p. 140-51.
14. Solís-García, G., et al. *Child abuse in the emergency department: epidemiology, management, and follow-up*. in *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*. 2018.
15. So, C.W., et al., *A local review of child abuse in Hong Kong: From the perspective of emergency physicians*. Hong Kong Journal of Emergency Medicine, 2018. **25**(6): p. 350-361.
16. Pereda, N., et al., *The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis*. Clin Psychol Rev, 2009. **29**(4): p. 328-38.
17. Stoltenborgh, M., et al., *The prevalence of child maltreatment across the globe:*

- Review of a series of meta-analyses.* Child Abuse Review, 2015. **24**(1): p. 37-50.
18. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2017.pdf> (Erişim Tarihi: 02.10.2019)
 19. Simsek, E., S.A. Guney, and S.U. Baysal, *A retrospective study with ICAST-R (ispcan child abuse screening tools-retrospective) questionnaire for determination of child abuse in first year medical students in Turkish population.* Child abuse & neglect, 2017. **69**: p. 125-133.
 20. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> (Erişim Tarihi: 05.03.2019)
 21. Polat, O., *Çocuk istismarı.* Adli Tıp Dergisi, 2000. **290**: p. 207-231.
 22. Melek, M., et al., *Çocukluk Çağı Travmalarına Genel Yaklaşım.* Van Tıp Dergisi, 2013. **20**(4): p. 266-273.
 23. GEÇKİL, E., *ÇOCUKLARDA FİZİKSEL İSTİSMAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI.* Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017. **6**(1): p. 129-139.
 24. Güner, Ş.İ., S. Güner, and M.H. Şahan, *Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar.* Van Tıp Dergisi, 2010. **17**(3): p. 108-113.
 25. Cui, N., X. Ji, and J. Liu, *Child Physical Abuse, Non-anemic Iron Deficiency and Behavior Problems.* J Pediatr Nurs, 2018. **39**: p. 74-79.
 26. Christian, C.W., *The evaluation of suspected child physical abuse.* Pediatrics, 2015. **135**(5): p. e1337-54.
 27. Avşar, A., R. Karanfil, and A. Keten, *Çocukta Fiziksel İstismar Sonucu Ölüm: Olgu Sunumu.* Adli Tıp Dergisi. **28**(3): p. 287-293.
 28. Hakan, K., *Çocukta Fiziksel İstismar.* Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2017. **3**(3): p. 175-80.
 29. çağatay ÖNA, S., *çocuk İstismarı.*
 30. Koç, F., O. Halıoğlu, and S. Akşit, *Hangi Bulgular Fiziksel İstismarı Düşündürür?* Journal of Pediatric Research, 2014. **1**(1): p. 1-5.
 31. Kaya, A., et al., *Acil Servislerde Isırık İzlerinin Çocuk İstismarı Açısından Değerlendirilmesi.* Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni, 2015. **53**(3).
 32. Demir, H., *Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi.* 2013.
 33. Beyaztaş, F.Y., M. Çelik, and C. Bütün, *Çocuk İstismarı Tanısında Görüntüleme Yöntemlerinin Değeri.* The Bulletin of Legal Medicine, 2011. **16**(1): p. 25-31.
 34. PAKIŞ, I. and İ. ELMAS, *Ölümcül Çocuk İstismarı Olgularında Santral Sinir Sistemi ve Göz Bulgularının Değerlendirilmesi.* Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences, 2008. **5**(2): p. 50-59.
 35. Christian, C.W. and A.V. Levin, *The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse.* Pediatrics, 2018. **142**(2).

36. Yağmur, F., et al., *Shaken baby syndrome & 3 cases*. Journal of Forensic Medicine, 2010. **24**(1): p. 42-49.
37. Şahin, F. and M.A. Taşar, *Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları*. Türk Pediatri Arşivi, 2012. **47**(3): p. 152-158.
38. Balcı, E., et al., *Still an unknown topic: child abuse and "shaken baby syndrome"*. 2011.
39. TÜMER, A., et al., *ÇOCUK İSTİSMARI'NIN AĞIR BİR TÜRÜ: BAKIM VERENİN YAPAY BOZUKLUĞU'NA (Munchausen By Proxy Sendromu) HUKUKİ VE TIBBİ BAKIŞ*. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, 2015(6): p. 581-608.
40. TİRYAKİ, A.Y. and G. BARAN, *Bir Çocuk İstismarı Türü Olarak "Munchausen by Proxy Sendromu"*. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. **6**(1): p. 107-124.
41. Dinleyici, M. and F. Dağlı, *DUYGUSAL İHMAL, İSTİSMAR VE ÇOCUK HEKİMİNİN ROLÜ/EMOTIONAL ABUSE, NEGLECT AND THE ROLE OF PEDIATRICIAN*. Osmangazi Tıp Dergisi, 2016. **38**(2): p. 18-27.
42. Taner, Y. and B. Gökler, *Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri*. Acta Medica, 2004. **35**(2): p. 82-86.
43. Şimşek, S. and F. Cenkseven-Önder, *Ergenlerde davranış problemlerinin, anne-babadan ve öğretmenlerden algılanan duygusal istismar açısından incelenmesi*. İlköğretim Online, 2011. **10**(3).
44. Taillieu, T.L., et al., *Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States*. Child Abuse Negl, 2016. **59**: p. 1-12.
45. KÜTÜK, M.Ö. and Ö. BİLAÇ, *Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal*. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2017. **3**(3): p. 181-7.
46. Murray, L.K., A. Nguyen, and J.A. Cohen, *Child sexual abuse*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2014. **23**(2): p. 321-37.
47. Aktepe, E., *Çocukluk çağı cinsel istismarı*. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 2009. **1**(2): p. 95-119.
48. Perez-Fuentes, G., et al., *Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study*. Compr Psychiatry, 2013. **54**(1): p. 16-27.
49. Bulut, S., *Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2016. **3**(28).
50. Polat, O., *Cinsel İstismar Rehberi*. 2006, İstanbul: Forart Matbaa. 10-70.
51. Ozdemir, B. and O. Celbis, *Cinsel saldırıya uğramış çocukta erken ve geç muayene bulgularının değerlendirilmesi*. Medicine Science, 2012. **1**(1): p. 55-64.
52. YAKUT, H.İ. and E. KORKMAZ, *Çocuklarda Cinsel İstismar*. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2013. **10**(39).

53. Faller, K.C., *Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management, and treatment*. 1988: Columbia University Press.
54. Finkelhor, D. and A. Browne, *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*. American Journal of orthopsychiatry, 1985. **55**(4): p. 530-541.
55. Yılmaz, R. and A. Eryılmaz, *Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde Değerlendirilen Enest Olgularının Sosyodemografik Özellikleri*. The Bulletin of Legal Medicine, 2016. **21**(3): p. 167-171.
56. Ertur, E. and N. Yaycý, *Incest from male victim's side*. J For Med, 2011. **25**(3): p. 199-214.
57. Şahin, F. and M.A. Taşar, *Cinsel istismar ve enest*. Türk Pediatri Arşivi, 2012. **47**(3): p. 159-164.
58. Sariola, H. and A. Uutela, *The prevalence and context of incest abuse in Finland*. Child Abuse Negl, 1996. **20**(9): p. 843-50.
59. Ovayolu, N., Ö. Uçan, and S. Serindağ, *Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007. **2**(4): p. 13-22.
60. Polat, O., *Tüm Boyutlarıyla Pedofili*. Adli Tıp Bülteni, 2015. **20**(1): p. 60-70.
61. Bulut, H., *Pedophilic Disorder and Incest: a Case Report*. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 2016. **29**(3).
62. Celbis, O., et al., *Cinsel suçlarda muayene*. Harran Tıp Fak Der, 2004. **1**(4): p. 48-52.
63. Alpaslan, A.H., *Çocukluk döneminde cinsel istismar*. Kocatepe tıp dergisi, 2014. **15**(2): p. 194-201.
64. Öncü, E., et al., *Çalışan çocukların ailede istismarı/Abuse of working children within the family*. Turkish Journal of Public Health, 2012. **10**(3): p. 128-140.
65. ÇÖPOĞLU, M., *Türkiye'de Çocuk İşçiliği*. Iğdir University Journal of Social Sciences, 2018(14).
66. Sevil, K., *ÇOCUK HAKLARINA İLİŞKİN TEMEL ULUSLARARASI BELGELER VE TÜRKİYE UYGULAMASI*. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2016(36).
67. NASIROĞLU, S., et al., *İstismara uğramış çocuk ve ergenlerin yatarak tedavisi*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012. **13**(4).
68. Akyüz, E., *Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi*. I. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi Yetişkin Bildirileri Kitabı-2, 2011: p. 17-42.
69. <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> (Erişim Tarihi: 01.11.2019)
70. <http://www.bayburt.gov.tr/cocuk-haklari-bildirgesi> (Erişim Tarihi: 01.10.2019)
71. <https://cocukmeclisi.ibb.istanbul/cocuk-haklari-sozlesmesi/> (Erişim Tarihi: 01.27.2019)

72. Hatun, Ş., N. Etiler, and E. Gönüllü, *Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2003. **46**(4): p. 251-260.
73. http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf (Erişim Tarihi: 02.02.2019)
74. <https://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/539a9--Cocuk-Haklarinin-Kullanilmasina-Iliskin-Avrupa-Sozlesmesi.pdf> (Erişim Tarihi: 02.05.2019)
75. AileveSosyalPolitikalarBakanlığı,Ulusal Çocuk Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2013-2017
76. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> (Erişim Tarihi: 02.06.2019)
77. <http://web.e-baro.web.tr/uploads/61/2015/cim%20tr.pdf> (Erişim Tarihi: 02.06.2019)
78. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html> (Erişim Tarihi: 02.08.2019)
79. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> (Erişim Tarihi: 15.02.2019)
80. BÜLBÜL, S., A. ÖZÇALIK, and S. ÖZDOĞAN, *Bir Olgu Nedeniyle Adli Tıbbi Uygulamalarda Gecikmenin Hekimlere Getirdiği Hukuki Sorunların İrdelenmesi*. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. **14**(2): p. 49-52.
81. Bilgiç, H.,Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri,Pamukkale Üniversitesi,2015
82. UYSAL, A.,Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması,Ege Üniversitesi,1998
83. Yılmaz, B., *Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, 2015.
84. Sathiadas, M.G., A. Viswalingam, and K. Vijayaratnam, *Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka - a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals*. BMC Pediatr, 2018. **18**(1): p. 152.
85. Glasser, S. and W. Chen, *Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect*. Isr Med Assoc J, 2006. **8**(3): p. 179-83.
86. Paek, S.H., et al., *A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study*. Medicine (Baltimore), 2019. **98**(2): p. e14085.
87. Türker, G.,Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği,Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2017
88. Lee, P.Y., J.A. Fraser, and F.H. Chou, *Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan*. The Kaohsiung journal of medical

- sciences, 2007. **23**(3): p. 128-137.
89. Sahebihagh, M.H.P., et al., *Knowledge, Attitude and Practice of Community Health Workers Regarding Child Abuse in Tabriz Health Centers in 2015-2016*. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2017. **5**(3): p. 264-274.
 90. Talsma, M., K. Bengtsson Bostrom, and A.L. Ostberg, *Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services?* Scand J Prim Health Care, 2015. **33**(1): p. 21-6.
 91. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27596> (Erişim Tarihi: 10.03.2019)
 92. Şanyüz, Ö., *Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2009*
 93. Kara, Ö., D. Çalışkan, and E. Suskan, *Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması*. Türk Ped Arş, 2014. **49**: p. 57-65.
 94. Burç, A., *HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ, 2014*
 95. Arıkan, D., S. Yaman, and A. Çelebioğlu, *ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI KONUSUNDA HEMŞİRELERİN BİLGİLERİ*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2000. **3**(2).
 96. Kocaer, Ü., *Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
 97. Gölge, Z.B., N. Hamzaoglu, and B. Türk, *SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ*.
 98. Metinyurt, H.A.I. and H.Y. Sarı, *Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri*. Çocuk ve Medeniyet Dergisi, 2016. **1**(1).

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Alaaddin
Soyadı : SARIYAR
Doğum Yeri : Karaman
Doğum Tarihi : 23/ 08/ 1987
Mesleği : Tıp Doktoru
Uzmanlığı : Aile Hekimliği
Yabancı Dil : İngilizce
E-mail : dralaaddins@gmail.com

ÖĞRENİM BİLGİLERİM

<u>OKUL</u>	<u>SEHİR</u>	<u>Mezuniyet</u>
1) Karamanoğlu Mehmet Bey İlkokulu	Karaman	1999
2) Yunus Emre İlköğretim Okulu	Karaman	2002
3) Karaman Anadolu Lisesi	Karaman	2006
4) S. Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	Isparta	2014

MESLEKİ TECRÜBELERİM

	<u>TARİH</u>
1) Mardin/Kızıltepe Devlet Hastanesi (Pratisyen hekim)	2014-2015
2) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Arş. Gör. Dr.)	2016-

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Dilck KUŞASLAN AVCI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar				<input type="checkbox"/>
		Anket çalışmaları				<input checked="" type="checkbox"/>
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar				<input type="checkbox"/>
Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar					<input type="checkbox"/>	
Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma					<input type="checkbox"/>	
Hücre veya doku kültürü çalışmaları					<input type="checkbox"/>	
Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
İiemsirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları					<input type="checkbox"/>	
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar					<input type="checkbox"/>	
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak olan tüm araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
DİĞER :				<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

K A R A R B İ L G İ L E R İ | Karar No: 05 | Tarih: 28/09/2018

Sayfa 1

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkurull@gmail.com



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

	Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Yasin TULUCE

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Yasin TULUCE	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Y. Tuluçe</i>
Prof. Dr. Siddik KESKİN	İstatistik Uzmanı	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Siddik Keskin</i>
Prof. Dr. Özgür KEMİK	Genel Cerrahi	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serap GÜNEŞ BİLGİLİ	Dermatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Serap Güneş</i>
Doç. Dr. Mahmut SÜNNETÇİOĞLU	Klinik Bakterioloji ve Enfeksiyon	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>M. Sunnetçi</i>
Dr. Öğr. Üyesi Muhammed BATUR	Göz Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>M. Batur</i>
Dr. Öğr. Üyesi Emine TÜRKMEÑOĞLU	Deontoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Veteriner Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Oruc ALLAHVERDİYEV	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>O. Allahverdiyev</i>
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Z. Kaya</i>
Dr. Öğr. Üyesi Sermin ALGUL	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>S. Algul</i>
Dr. Öğr. Üyesi Özgür GENÇ ŞEN	Endodonti	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nazlı AKTAŞ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lütü POLAT	Eczacı	Van Polat ECZANESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>L. Polat</i>
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>A. Selçuk</i>

Sayfa 2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkurull@gmail.com

Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
VAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

VAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - VAN HALK SAĞLIĞI
HİZMETLERİ TOPLUM VE GÖÇ SAĞLIĞI BİRİMİ
06/12/2018 17:03 - 18670582 - 044 - E 600



Sayı : 18670582/044
Konu : Anket İzin Talebi

Sn. Alaaddin SARIYAR
(YYÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : 07/08/2018 tarih 9691 sayılı yazınız..

İlgi sayılı yazınıza istinaden; YYÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görev yapan Arş.Gör. Alaaddin SARIYAR'ın “ Van İli'nde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi ” konulu anket çalışması için izin talebiniz Başkanlığımız komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup uygun görülmüştür. Anket çalışması sonunda “sonuç raporu” nun iki nüsha halinde hazırlanıp Müdürlüğümüz Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Göç Birimi'ne gönderilmesi hususunda;

Gereğini bilginize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Ömer BİLİCİ
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Belgenin Aeli
Elektronik İmzalıdır
Yahya AYKAÇ
Evrak Kayıt Memur
06.12.2018

Hatuniye Mahallesi, Cambazoğlu Sk., 65100 İpekyolu/Van Merkez/Van
Faks No:0432 216 00 46

e-Posta:zeynep.arman@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
toplumsaglikhizmetleri@hotmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bc33a1ab-a3c7-402a-bab4-e13a679400bf kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için:Zeynep ARMAN
Unvan:SAĞLIK TEKNİKERİ

Telefon No:0432 210 21 16 Dahili:1181-85

Ek 3. Sosyodemografik Anket

Bu anket, Van İl'inde çalışan sağlık çalışanlarının çocuk istismarına yönelik bilgi tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Her bir ifadeyi okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı cevap için ayrılan yere (X) koyarak işaretleyiniz. Bazı sorularda birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz. İşaretsiz ifade bırakmayınız. Boşluklara uygun gördüğünüz cevabı yazınız.

Bu çalışmada kimlik bilgilerinizi belirtmeniz istenmeyecek, veriler, hiçbir kurum veya kuruluşla paylaşılmayacaktır.

Katıldığınızı için teşekkür ederim.
KUŞASLAN AVCI

Dr. Öğr. Üyesi Dilek

1. Mesleğiniz nedir ve şimdi hangi bölümde çalışıyorsunuz?

0) **Doktor** 1) **Hemşire** 2) **Ebe** 3) **ATT** 4) Diğer...

...  kliniğinde / bölümünde çalışıyorum.

2. Hangi yaş aralığındasınız?

0) 18-25 1) 26-30 2) 31-35 3) 36-40 4) 41 ve üzeri

3. Cinsiyetiniz nedir?

0) Erkek 1) Kadın

4. Medeni durumunuz nedir?

0) Bekar 1) Evli 2) Boşanmış

5. Kaç çocuğunuz var?

...

6. Meslekte kaçınıcı yılınız?

0) 0-5 1) 6-10 2) 11-15 3) 16-20 4) 21 ve üzeri

7. Meslek yaşantınızda hiç çocukta istismar vakasıyla karşılaştınız mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

0) Evet **a-Fiziksel şiddet b- Duygusal şiddet c-Ekonomik şiddet d-Cinsel şiddet e-İhmal f-hepsi**

1) Hayır

8. Şüphelendiğiniz çocuk istismarı vakalarında en çok hangi konuda zorlandınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

0) Fizik Muayene 1) Anamnez 2) Ebeveynlerin tepkisi 3) Adli mercilere bildirme

9. Çocukta hangi istismar vakasıyla karşılaşırsanız bildirim yaparsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

0-fiziksel şiddet 1- duygusal şiddet 2-ekonomik şiddet 3-cinsel şiddet 4-ihmal 5-hiçbiri
6- hepsi

10. Eğer bildirim yaparsanız nereye bildirim yaparsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- 0) Polis
 - 1) Savcılık
 - 2) Çocuk izlem merkezi
 - 3) Aile ve sosyal politikalar bakanlığı çocuk hizmetleri müdürlüğü
 - 4) Hastane yönetimi
 - 5) 112
11. Bildirim yapmazsanız neden yapmazsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- 0) Çocuğun bu süreçten zarar göreceğini düşündüğüm için
 - 1) Tanı koymada kendime güvenemediğim için
 - 2) Bildirim yapma prosedürünü bilmediğim için
 - 3) Sosyal olarak başıma geleceklerden kendimi korumak için
 - 4) Diğer
12. Cinsel istismara uğradığınızı bildiğiniz bir hastanız sonraki süreçte herhangi bir nedenle size geldiğinde ona karşı tavrınız nasıl olur?
- 0) Daha anlayışlı daha kibar olmaya çalışırım
 - 1) Diğer hastalarımın nasıl muamele ediyorsam ona da öyle ederim
 - 2) Diğer
13. Yakın çevrenizde cinsel istismara uğramış çocuk tanıdığınız var mı?
- 0) Evet 1) Hayır 2) Fikrim yok
14. Sizce çocukta cinsel istismar vakalarını azaltmak için neler yapılabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- 0) Suçlulara verilen cezalar artırılmalı
 - 1) Suçlular tedavi altına alınmalı
 - 2) Eğitim çalışmaları yapılmalı
 - 3) Diğer (Lütfen belirtiniz)
15. Sizce çocuğa yapılan istismar şekillerinden en çok hangisi görülmektedir? (Lütfen bir tane şık işaretleyiniz)
- 0) Duygusal istismar
 - 1) Cinsel istismar
 - 2) Fiziksel istismar
 - 3) Çocuğun ihmali
 - 4) Ekonomik istismar
16. Sizce çocuğun herhangi bir konudaki davranışını düzeltmek, yanlışını göstermek için çocuğa yüksek sesle konuşma, bağırma, hafif tokat atma, hafifçe vurma vb. uygulamalar fiziksel veya duygusal istismara girer mi?
- 0) Evet 1) Hayır 2) Fikrim yok
17. Bugüne kadar çocuk istismarı hakkında eğitim aldınız mı veya bir eğitim programına katıldınız mı?
- 0) Evet 1) Hayır

**Ek 4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına
Yönelik Ölçek Formu**

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.					
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaliine yol açar.					
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmali ederler.					

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