

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

**ELAZIĞ İLİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK  
ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMALİ VE  
İSTİSMARI KONUSUNDA FARKINDALIK  
DÜZEYLERİ VE BU DURUMU  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**DOKTORA TEZİ**

**FATOŞ UNCU**  
**2013**

## ONAY SAYFASI

Doç.Dr. Oktay BURMA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.



Prof.Dr. Yusuf ÖZKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

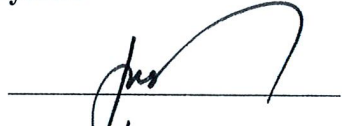
Doç.Dr.A.Ferdane OĞUZÖNCÜL



**Danışman**

**Doktora Sınavı Jüri Üyeleri**

Doç.Dr.A.Ferdane OĞUZÖNCÜL



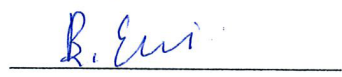
Prof.Dr. Yusuf ÖZKAN



Prof.Dr. İbrahim H. ÖZERCAN



Prof.Dr. Behice ERCİ



Yrd.Doç.Dr. Nazlı HACIALİOĞLU



## TEŞEKKÜR

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, her türlü eğitici ve öğretici desteğini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Yasemin AÇIK ve Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL hocalarıma,

Doktora eğitimim boyunca çok büyük emeği geçen sayın hocalarım Prof. Dr. Behice Erci, Doç. Dr. Ayfer TEZEL'e, ve Yrd. Doç. Dr. Nazlı HACIALİOĞLU'na,

Ayrıca akademik ve pratik tüm konularda yardımlarını esirgemeyen sayın hocalarım Prof. Dr. İbrahim H. ÖZERCAN, Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ ve Yrd. Doç. Dr. A. Tefik OZAN'a,

Ayrıca araştırmanın uygulama aşamasına katılarak bu tezin verilerinin oluşmasını sağlayan sağlık çalışanlarına,

Her zaman bana destek veren, yanımda olan ve bu çalışmada da oldukça büyük katkıları olan sevgili eşim Umut UNCU'ya ve canım kızım Beril'e

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY SAYFASI</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>3. GİRİŞ</b> .....	<b>5</b>
3.1. Genel Bilgiler.....	8
3.1.1. Çocuğun Tanımı.....	8
3.1.2. Çocuk İhmali ve İstismarının Tanımı.....	9
3.1.3. Çocuk İhmali Ve İstismarının Sınıflandırılması.....	10
3.1.3.1. Fiziksel İstismar .....	11
3.1.3.2. Cinsel İstismar.....	17
3.1.3.3. Duygusal/Sözel istismar .....	22
3.1.3.4. Çocuk ihmali.....	26
3.1.3.4.5. Tıbbi ihmal.....	28
3.1.4. Çocuk İhmali Ve İstismarında Rol Oynayan Risk Faktörleri.....	29
3.1.4.1. Bireysel faktörler.....	30
3.1.4.2. İlişki faktörleri.....	32
3.1.4.3. Sosyal çevre faktörleri.....	33
3.1.4.4. Toplumsal faktörler .....	33
3.1.5. Epidemiyoloji.....	34
3.1.6. Çocuk İhmali Ve İstismarının Önlenmesi .....	37

3.1.6.1. Birincil Önleme.....	37
3.1.6.2. İkincil Önleme.....	38
3.1.6.3. Üçüncül Önleme.....	40
3.1.7. Çocuk İhmali ve İstismarında Sağlık Çalışanlarının Önemi .....	41
3.1.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu.....	43
3.1.8.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi.....	43
3.1.8.2. Türk Ceza Kanunu .....	46
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>51</b>
<b>5. BULGULAR.....</b>	<b>55</b>
<b>6. TARTIŞMA.....</b>	<b>65</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>84</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>91</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>101</b>

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b>	Elazığ İl Merkezinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Küme Rastgele Örneklem Yöntemi İle Seçilen Örneklem Kurumlara Göre Dağılımları.....	52
<b>Tablo 2:</b>	Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	55
<b>Tablo 3:</b>	Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Etkinliklerinin Sağlık Çalışanlarına Göre Değerlendirilmesi .....	56
<b>Tablo 4:</b>	Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	57
<b>Tablo 5:</b>	Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Zorlandıkları Aşamaya Göre Karşılaştırılması .....	57
<b>Tablo 6:</b>	Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 7:</b>	Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapmama Nedenlerine Göre Karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 8:</b>	Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapma Yerlerine Göre Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 9:</b>	Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları Kurumda Çocuk İhmali Ve İstismarı Konusunda Prosedür/Talimat Bulunma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 10:</b>	Sağlık Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
<b>Tablo 11:</b>	Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	60

<b>Tablo 12:</b> Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
<b>Tablo 13:</b> Sağlık Çalışanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 14:</b> Sağlık Çalışanlarının Mezuniyet Öncesi Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 15:</b> Sağlık Çalışanlarının Mezuniyet Sonrası Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
<b>Tablo 16:</b> Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	63
<b>Tablo 17:</b> Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakalarında Bildirim Yapma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
<b>Tablo 18:</b> Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları Kurumda Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Prosedür/Talimat Bulunma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	64

## ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 1.** Çocuk İstismarı İçin Risk Faktörlerini Tanımlayan Ekolojik Model.....29



## 1. ÖZET

Çocuk ihmali ve istismarı; tüm toplumlarda sık görülen ve yaşamda kalıcı olumsuz izler bırakabilen önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu araştırma Elazığ il merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerini ve bu durumu etkileyen faktörleri saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

Elazığ ilinde görev yapan sağlık çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmuş,  $n=Nt^2pq/d^2(N-1)t^2pq$  formülünden yararlanılarak ( $t=2.59, d=0.03, p=0.30$ ), örnekleme 906 kişi seçildi ve 899 kişiye (%99.2) ulaşıldı. Çalışma verileri genelde çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir anket formu ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu" ile toplandı.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından %46.4'ü hekim, %53.6'sı hemşire ve ebedir. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması  $33.6\pm 7.7$ 'dir ve %61.6'sı kadındır. Hekimlerin ( $3.67\pm 0.29$ ) çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama genel ölçek puanları hemşire ve ebelere ( $3.55\pm 0.30$ ) göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0.001$ ).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği alt grupları puan ortalamaları hekim grubunda hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Hekimler ( $3.83\pm 0.53$ ) ve hemşire ve ebeler ( $3.74\pm 0.65$ ) çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama alt ölçek gruplarından en yüksek puan ortalamasını "çocuk üzerindeki ihmal belirtileri" alt ölçeğinden aldılar. Hekimlerin ( $3.41\pm 0.49$ ) ve hemşire ve ebelerin ( $3.21\pm 0.50$ ) çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama alt ölçek gruplarından en düşük puan ortalaması "istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri"dir.

Sonuç olarak; Elazığ ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının ocuk ihmali ve istismarına ilişkin farkındalık düzeyleri incelenmiş ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** ocuk, Hekim, Hemşire,Ebe, İhmal, İstismar

## 2. ABSTRACT

### HEALTH CARE WORKERS WHO WORK IN THE PROVINCE OF ELAZIG LEVELS OF AWARENESS ABOUT CHILD ABUSE AND NEGLECT, AND THE FACTORS AFFECTING THIS SITUATION

Child abuse and neglect is one of the major health problems seen in all societies that can have a permanent negative impact on one's life. This research is made to determine the awareness of the health care professionals about child abuse and neglect who work in the Elazığ city center as well as the factors that affect this situation.

The subjects of this study consists of the health care professionals who work in Elazığ and with the formula  $n = N \cdot t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$  906 people were selected ( $t=2.59, d=0.03, p=0.30$ ) and 899(99.2%) of these people were reached. Data for the study was collected with the help of a questionnaire consisting of multiple-choice questions in general and "Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect".

46.4% of health care workers included in the study were physicians and 53.6% were nurses and midwives. Age average of the health care workers were  $33.6 \pm 7.7$  and 61.6% of them were female. The total scale points for identifying signs and risks of child abuse and neglect for physicians ( $3.67 \pm 0.29$ ) was found to be significantly higher than those recorded for nurse and midwives ( $3.55 \pm 0.30$ ) ( $p=0001$ ).

The average score for the sub-groups of physicians of "Scale For Identifying Signs And Risks Of Child Abuse And Neglect" were found to be statistically meaningful compared to the nurses and midwives. Both physicians ( $3.83 \pm 0.53$ ) and nurses and midwives ( $3.74 \pm 0.65$ ) scored highest in the subgroup "Neglect indications

upon child" of the "Identification of child abuse and neglect indications and risks" scale group. Physicians ( $3.41\pm 0.49$ ) and nurses and midwives ( $3.21\pm 0.50$ ) scored the lowest in the subgroup "Properties of a child prone to abuse and neglect" of the "Identification of child abuse and neglect indications and risks" scale group.

As a result, health care workers who work in Elazig were inspected in terms of their level of their child abuse and neglect awareness and it's been determined that the health care staff needs to be informed about this subject.

**Key Words:** Child, Physician, Nurse, Midwife, Neglect, Abuse.

### 3. GİRİŞ

Çocuk ihmali ve istismarı, sık görülmesi ve yaşamda olumsuz izler bırakma olasılığının yüksek olması nedeniyle dünyada ve ülkemizde önemi giderek artan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında çocuk ihmali için çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim, korunma ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen ana-babası ya da diğer kişiler tarafından karşılanamaması olarak; çocuk istismarını ise çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar olarak tanımlamıştır (1). Birleşmiş Milletler Topluluğu ve daha birçok ulusal ve uluslararası belge, çocukların ihmal ve istismar açısından diğer yaş gruplarına göre çok daha kritik bir öneme sahip olduklarını vurgulamaktadır (2,3).

DSÖ çocuk ihmali ve istismarını; sözel/duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere 4 gruba ayırmıştır (4). Çocuk ihmali ve istismarının etiolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri arasında ebeveynin, özellikle anne yaşının küçük olması, düşük sosyoekonomik düzey, eğitim yetersizliği, ebeveynlerde kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, geçmişlerinde istismara uğramaları, evlilik ve işle ilgili sorunlar, çocuğun anne ve babasının olmaması veya üvey olması, istenmeyen gebelik, gayrimeşru çocuk, çocuğun fiziksel veya mental hastalığının bulunması gibi faktörler yer almaktadır (5,6).

Çocuk ihmali ve istismarının görülme sıklığı ülkeler arasında farklılık göstermesine rağmen genel anlamda tüm toplumlarda görülen önemli bir çocuk sağlığı sorunudur. DSÖ, 2002 yılında dünya genelinde yaklaşık 53 bin çocuğun

öldürüldüğünü tahmin etmektedir. Ayrıca yaklaşık 150 milyon kız ve 73 milyon erkek çocuğun cinsel şiddete maruz kaldığı tahmin edilmektedir (7). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Sahra Altı ülkelerde, Mısır ve Sudan'da her yıl üç milyon kız çocuğunun sünnet edildiğini tahmin etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü 2004 yılı için yaklaşık 218 milyon çocuğun çalıştırıldığını ve bunun 126 milyonunun tehlikeli işlerde çalıştığını tahmin etmektedir (1,7). Amerika Birleşik Devletleri The National Child Abuse and Neglect Data System raporlarına göre; 2005 yılında raporlanan çocuk ölümlerin 1400'ü çocuk ihmali ve istismarından kaynaklanmaktadır. Aynı rapora göre en çok istismara üç yaşından küçük çocukların uğradığı bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmalden kaynaklanan ölüm olguları incelendiğinde; %38'inin ihmalden, %30'unun fiziksel istismardan, %29'unun birden fazla çeşit istismar ve ihmalden, %3'ünün duygusal istismardan ve %1'inin ise cinsel istismardan kaynaklandığı belirlenmiştir (8). Ülkemizde Oral ve arkadaşlarının Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran çocuklar arasında yaptıkları araştırmada %36 oranında fiziksel ve duygusal istismar saptanmıştır (9). Zoroğlu ve arkadaşlarının İstanbul'un Avrupa yakasındaki dört lisede yaptıkları çalışmada ihmalin en sık bildirilen (% 16.5) ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (% 15.9), fiziksel (% 13.5), cinsel (%10.7) istismarın (ensest dahil) takip ettiğini bildirmişlerdir (10). Dünyada pek çok ülkede ve ülkemizde yapılan çalışmalar çocukların çok farklı ortamlarda farklı kişiler tarafından ihmal ve istismar edildiğini göstermektedir (7-11).

Çok önemli ve yaygın bir çocuk sağlığı sorunu olan çocuk ihmali ve istismarı erken tanı aldığı takdirde ciddi örselenmeler önlenmektedir. Bu nedenle hekim,

hemşire ve ebelerin çocuk ihmali ve istismarının erken tanı ve tedavisinde, belirti ve bulgularını saptamada, risk gruplarını belirlemede, aile ve toplumu bu konuda bilinçlendirmede mesleki eğitimleri nedeniyle çok önemli rolleri vardır.

Sağlık çalışanları, çocuk ihmal ve istismarı konusunda geniş bilgi sahibi ve bu konuya yönelik belirtileri saptamada deneyimli olmalıdırlar. Paavilainen ve arkadaşları tarafından Finlandiya'nın üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmada katılanların %60'ının çocuk ihmali ve istismarı hakkında bilgi sahibi olmadıkları bulunmuştur (12). Sundell tarafından İsveç'te çocuk sağlığını koruma merkezlerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin farkındalıklarını belirlemek için yapılmış olan bir çalışmada konuya ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadıklarını bu nedenle çocuk ihmali ve istismarına ilişkin bildirim yapmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (13). Armstrong ve Wood tarafından Avustralya'da hekimler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hekimlerin çocuk ihmali ve istismarı belirti ve bulgularını saptamada yeterli olmadıkları belirtilmiştir (14). Ülkemizde de Canbaz ve arkadaşları tarafından Samsun merkez sağlık ocağında pratisyen hekimlerinin çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi ve tutumlarının incelendiği bir çalışmada, pratisyen hekimlerin % 28.6'sının bilgi eksikliği nedeniyle ihmal ve istismar olgularını atladıkları gerçeğini ortaya koymuştur (15). Arıkan ve arkadaşlarının Erzurum ilinde 3 hastanede 77 hemşire ile yapmış oldukları çalışmada; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sadece % 35.3'ünün ihmal, % 25.0'inin de istismar tanımını bildikleri belirlenmiştir (16). Bu çalışmada hemşirelerin bilgi düzeylerini değerlendirdiklerinde fiziksel istismar belirtilerini bilme % 16.2, duygusal istismar belirtilerini bilme % 7.3, cinsel istismar belirtilerini bilme % 3.0 oranındadır. İhmal belirtilerini bilme ile ilgili olarak

ise fiziksel ihmal belirtilerini bilme oranı % 10.3, duygusal ihmali bilme oranı ise %13.2'dir (16). Açık ve arkadaşlarının Türkiye'nin doğusundaki 4 ilde (Elazığ, Tunceli, Bingöl ve Malatya) birinci basamak hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin çocuklardaki fiziksel istismara yönelik sorulara doğru cevap verme oranı %62.3 olarak bulunmuştur (17). Ancak dünyada ve ülkemizde konuyla ilgili yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusuna ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir (12-17). Bu nedenle sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarına ilişkin bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin belirlenip gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma çocuk ihmali ve istismarının tanınmasında önemli rolü olan sağlık çalışanlarının konuya ilişkin farkındalık düzeylerini belirlemek ve etkileyen faktörleri saptamak amacı ile yapılmıştır.

### **3.1. Genel Bilgiler**

#### **3.1.1. Çocuğun Tanımı**

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin birinci maddesinde “çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde, daha önce rüşt yaşına erişilmedikçe onsekiz yaşını bitirmemiş kişiler” çocuk olarak tanımlanmaktadır (18).

Toplumların geleceklerini sağlam temellere oturtabilmeleri için toplumun sosyal yapısını oluşturacak olan çocukların, bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve iyi eğitilmeleri gerekmektedir. Çocuk, doğduğu andan itibaren büyüme süreci içerisinde ailesi ile kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçları özümseyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturmaktadır. Ancak çocuğun ihmal ve



istismar edilmesi onun kişiliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Kişiliği olumsuz yönde etkilenen çocukların geleceği de tehlike altına girmektedir. Son yıllarda dünyada çocuk istismarı ve ihmali ile çok sık karşılaşılması bu durumun gerek tıbbi, gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanmaya başladığını göstermektedir (14).

### **3.1.2. Çocuk İhmali ve İstismarının Tanımı**

Çocuk ihmali ve istismarı evrensel bir sorun olarak görülmesine rağmen, ülkelerarası karşılaştırma yapmak oldukça zordur. Bir toplumda çocuğa karşı yapılan hangi davranışların çocuk ihmali ve istismarı olarak algılanacağını, o toplumda bulunan bireylerin değerleri, inançları, çocuğa yönelik uygulanan disiplin yöntemleri, çocuk gelişimi ile ilgili bilgileri ve aile ilişkileri belirlediğinden, çocuk ihmali ve istismarını evrensel bir biçimde tanımlamak oldukça güçtür (19).

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır. Tardieu dövülerek öldürülen 32 çocukla ilgili bir çalışma yayınlamıştır. Konu ile ilgili olarak bilimsel çevrelerin dikkatini “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” (Battered Child Syndrome) tanısı ile çeken Kempe (1972), çocuk istismarı ve ihmali “ana babaların veya çocuktan sorumlu olan kişilerin yerine getirdiği ya da yerine getirmediği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı yara almaları olarak tanımlamıştır (20-23).

Felthous da daha net kavramlar üzerinde durarak çocuk istismarını çocuğu kasıtlı olarak dışlamak, incitmek ve zarar vermek amacıyla, doğrudan çocuğun bakımı ile yükümlü birey tarafından fiziksel güç kullanarak çok hafiften başlayarak öldürücü düzeye kadar çıkabilen fiziksel yaralanmaya sebebiyet verilmesi olarak tanımlamıştır (24).

Garbarino ve Gilliam ise hangi davranışın istismar olduğu, hangisinin olmadığı gibi problemleri çözebilmek amacıyla uzman görüşünü de çocuk ihmali ve istismarı tanımına eklemiştir (25).

Çocuk ihmali ve istismarı konusunda en sık rastlanılan görüşlerden birisi ülkeden ülkeye değişen algılama farklılıkları yani değişik ülkelerdeki kültürler arası farklılıklardır. Parke ve Colimer ise çocuk ihmal ve istismarını "Ana-babaların ve çocuğa bakmakla yükümlü olanların giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan, eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğraması" şeklinde kültürel boyutu ekleyerek tanımlamışlardır (26).

Polat'ın tanımına göre; çocuk ihmali ve istismarı; 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu durum çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzman tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir (27).

DSÖ, çocuk ihmali çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim, korunma ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen ana-babası ya da diğer yakınları tarafından karşılanamaması olarak; çocuk istismarını ise çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko sosyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar olarak tanımlamıştır (1).

### **3.1.3. Çocuk İhmali Ve İstismarının Sınıflandırılması**

DSÖ çocuk ihmali ve istismarını;

1. Fiziksel İstismar

2. Cinsel İstismar
3. Duygusal/Sözel İstismar
4. İhmal

olmak üzere dört gruba ayırmıştır (4).

### **3.1.3.1. Fiziksel İstismar**

Bir çocuğun kaza ile olmayan, elle ya da herhangi bir aletle vurma, dövme, itme, ısırma, tırmalama, kesme, yakma ve boğma sonucu zarar göreceği bir şiddete maruz kalması fiziksel istismardır (28).

DSÖ'nün tanımına göre fiziksel istismar; çocuk üzerinde sorumluluğu, gücü olan veya çocuk tarafından güvenilen bir ebeveynin veya kimsenin, çocuğu gerçek zarara uğratmasına veya potansiyel bir zarar tehdidinde maruz bırakmasıdır. Bu durum tek sefer ya da tekrarlayan şekillerde olabilir (29).

Fiziksel istismar, istismarı yapan kişilere ve istismarı uygulama şekline göre iki başlık altında incelenmektedir:

1) İstismarı yapan kişilere göre;

- a) Ebeveyn tarafından yapılan istismar (Parental abuse): Aile içinde çocukların kaza dışı yaralanmaları sonucu ortaya çıkar.
- b) Kurumda yapılan istismar (Institutional abuse): Okul, yuva, yetiştirme yurdu veya kamp gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar olgularıdır.

2) Uygulama şekline göre;

- a) Aletsiz saldırılar: Bunlar istismarın bir alet kullanılmaksızın yapıldığı olayları kapsamaktadır. Tokat, yumruk, itip-kakma, tekme, sarsma, çimdikleme gibi uygulamalar ile çocukta lezyonların oluştuğu gözlenmektedir.

b) Aletli saldırılar: Bu tur saldırılar ise bir alet kullanarak çocukta çeşitli lezyonların oluştuğu durumlardır. Kullanılan araçlar genelde kemer, kayış, telefon, tava, hortum, sigara ve ütü gibi aletlerdir (30-32)

Fiziksel istismar anne-baba, bakıcı, öğretmen, akraba ya da diğer çocuklar ve yetişkinler tarafından disipline etmek, itaati sağlamak, cezalandırmak veya öfke boşaltmak amacıyla uygulanabilir. En yaygın görülen ve tanınması en kolay olan fiziksel istismar çocuğun fiziksel zedelenmesi dışında duygusal olarak da yıpranmasına yol açmaktadır (28).

#### **3.1.3.1.1.Çocuklarda fiziksel istismar bulguları**

Fiziksel istismar klinik olarak en çok deri, iskelet ve nörolojik sistemindeki lezyonlar ve bulgularla ortaya çıkmaktadır (11,33,34).

##### **Deri bulguları**

Deride sıyrıklar, ekimozlar, ısırıklar ve yanıklar şeklinde görülebilir. Aynı bölgede paralel tekrarlayan sıyrıklar ve büyük eklemler çevresindeki özellikle de üst kol, dirsek, bilek ve dizlerdeki sıyrıklar akla istismar olasılığını getirmektedir(33-36).

Ekimozlar, değişik yaşlarda ve kullanılan aletlere bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Bu ekimozlar ya çocuğun gelişimi ile uyumlu değildir ya da çocuğun hareketleri ile pek olmayacak yerlerde görülmektedir (uyluk iç yüzeylerinde, gluteal bölgelerde, koltuk altlarında, skapula üzerinde gibi) (33-36).

Yanıklar sıklıkla cezalandırma amacı ile oluşturulur. El sırtlarında genital ve gluteal bölgelerde görülebilir. En sık etkenin sıcak sıvılar olduğu bununda sıvı içine daldırma şeklinde uygulandığı, kızgın bir cisimle dağlama veya direk alev yanığı şeklinde görüldüğü bildirilmektedir. Kullanılan aletin şekline göre ciltte lezyon oluşmaktadır (33-36).

Isırık izleri fiziksel ve cinsel istismarın bulgusu olarak görülmektedir. Çocukta görülen ısırık izinin analizinde öncelikle ısırık izinin boyutuna bakmak yararlıdır. İnsan ısırıkları genellikle elips şeklindedir. Bebek ısırıkları genellikle ceza amaçlı olurken, daha büyük çocuklarda cinsel istismar ve fiziksel saldırı amaçlı olabilir (33-36).

### **Göz bulguları**

Göz lezyonları çocuk istismarında önemli bulgu vermektedir. Dayak yiyen bebeklerin %70'inde vitröz kanama, lens dislokasyonu, retina yırtılması gibi göz lezyonları gözlenmektedir (37).

### **Saçlı deri bulguları**

Çocuklarda görülen saç kayıpları çocuğa karşı kötü davranışların işaretleri olabilmektedir. Saç kaybının düzgün, sınırlı bir dağılım mı gösterdiği yoksa saçlı deride kanamalarla birlikte düzensiz saç kayıpları mı olduğuna dikkat etmek gerekmektedir (34,38).

### **Gastrointestinal sistem bulguları**

Çocuk ihmali ve istismarında gastrointestinal sistem bulgularına da rastlanmaktadır. Özellikle ağız içi yanıklar (sıcak yemek yedirme vb. sebeplerle), frenelum yırtıkları, safralı kusma (travmaya bağlı duodenalhemotom, ince bağırsak rüptürü gibi durumlarda) ve zehirlenme (çocuğa kasıtlı olarak ilaç ya da kimyasal madde verilmesi şeklinde olabileceği gibi çocuğa aşırı miktarda tuz ya da su verilmesi ya da susuz bırakılması şeklinde de olabilir) gastrointestinal sisteme ait bulgulardır (21,34).

### **İç organ yaralanmaları**

Batın içi organlarının rüptürü istismara uğramış çocuklarda kafa travmalarından sonra en yaygın ikinci ölüm nedenlerindedir. İç organ yaralanmaları genellikle batınla sınırlı kalmakta, kalp ve akciğerde de nadir yaralanma riski bulunmaktadır (34,36,39).

### **İskelet sistemindeki bulgular**

Kafatası kemiklerinde, ekstremiteler kemiklerinde ve kostalarda olan kırıklar istismar olgularında görülebilir. Fiziksel istismarla oluşan kırıklar özellikle üç yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir. İstismar sonucu oluşan bu kırıklar özellikle fiziksel istismar olgularının %10-20'sinde görülür (34).

### **Nörolojik sistem bulguları**

Kırıklar içinde kemik kırıkları ilk sırada yer alırken ikinci sırada kafatası kırıkları yer almaktadır. Ayrıca fiziksel istismar vakalarının %50'sinde yüz ve kafada lezyonlara rastlanmakta olup en sık ölüm nedenleri arasındadır. Kafa travmaları vurma, bir yere fırlatma sonucu olabileceği gibi çok şiddetli sarsma sonucu da oluşabilir. Kafa travmalarında ön cepheden (çene, burun, diş) oluşan lezyonlarda daha çok kaza düşünülürken, yüz kenarlarında (kulak, yanak, elmacık kemiği) oluşan lezyonlar daha çok fiziksel istismarı işaret etmektedir (34,36,39).

### **Sarsılmış bebek sendromu**

İlk kez 1972'de Caffey tarafından 'Whiplash Shaken Infant Syndrom' olarak tanımlanan bulgular günümüzde 'Sarsılmış Bebek Sendromu' yaygın olarak kullanılmaktadır (34,36,39). Çocuk istismarının ağır bir formudur, en sık iki yaşın altında görülür, ancak beş yaşa kadar olabileceği bildirilmektedir. Özellikle bebeğin ağlamasını durdurmak ve huzursuzluğunu ortadan kaldırmak amacı ile sarsmanın

gerçekleştirildiği görülmektedir. Özellikle de altı ayın altındaki çocuklar kollarından veya ekstremitelerinden tutulup sallandıklarında, beyin kafatasının içinde ileri geri hareket eder ve kontüzyon, köprü venlerin yırtılması, subdural hematoma ve beyin kanamaları gelişebilir (34,36,39).

### **Munchausenby Proxy sendromu (Polle sendromu)**

Bir anne-babanın çocuğunda gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu ortaya çıkan her türlü durumu tanımlar. Çocuk doğrudan anne-babanın ürettiği hastalık sonucu veya tanı ve tedavi uygulamaları sonucu zarar görür. Çocukta fizyolojik olarak kolaylıkla açıklanamayacak bulguların varlığından bahsediliyorsa, söz konusu bulgular sadece anne-babanın yanında oluyorsa polle sendromundan şüphe edilmelidir. Burada esas amaç çocuğa ceza ya da zarar vermek değil, dikkatleri üzerine çekmektir (11, 21,28).

Bir çocuğun öyküsünü alırken fiziksel istismarı düşündürecek bulgular:

- Tedavisinde açıklanamayan gecikme,
- Anne-baba ve çocuk arasındaki öyküde uyumsuzluk,
- Fiziksel bulgulara uymayan öykü,
- Çocuğun gelişimi ile uyumsuz öykü,
- Çocukta olan yaralanmanın önemsiz gösterilme çabası,
- Ailenin tanı için gerekli ileri tetkikleri yaptırmak istememesi,
- Çocuğun kendisinin veya kardeşlerinin suçlanması,
- Çocuğun vücudunda değişik yaşlarda ekimozların olması,
- Çocuğun istismar öyküsü vermesi,
- Çocuğun hastane hastane gezdirilmesi,
- Ailenin acil serviste uygun olmayan davranışlarda bulunması,

- Çocuğun anne-babaya olan suçlayıcı davranışları, aileden kaçarmış gibi görünmesi, fiziksel temastan kaçınması, aileyi idare etmeye çalışması, küfür etmesi veya yaşından küçük davranma gibi garip davranışlar içinde olması, şeklinde gruplandırılmaktadır (11, 40).

DSÖ'nün "Worlsafe ( World- Studies of Abuse in theFamily Environment) çalışmasına göre anneleri tarafından geçen altı ay içerisinde bildirilen bir objeye vurma uygulamaları insidansı; Şili'de %4, Mısır'da %26, Hindistan'da %36, Filipinler'de %21, ABD'de %4 olarak belirtilmiştir. Mısır'da %2 oranında tekme atma, %2 oranında yakma ve %25 oranında ise dövme vardır. Hindistan'da ise ailelerde tekme atma oranı %10, yakma oranı %1, silah veya bıçakla tehdit etme oranı %1 ve boğma oranı ise %2 olarak belirtilmiştir (41).

Wissow'un ABD'de 2017 ebeveyn üzerinde yaptığı çalışmada 24-36 aylık çocuklarda ebeveynlerin %67'sinin elle popoya vurma, %11'inin tokat atma cezasını uyguladığı saptanmıştır (42).

Yanikkerem'in ilköğretim öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada çocukların % 16.4'ü babaları tarafından dövüldüğü ve babaların %62'si, annelerin ise %67'sinin çocuklarının hatalı davranışları karşısında ikna yolunu seçtikleri belirtilmiştir (43).

Deveci ve Açık tarafından Elazığ 3725 ilköğretim öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada, öğrencilerin %74.0'ının hayatlarının herhangi bir döneminde bir kez dahi olsa fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirlenmiştir. Bunların %19.8'inin dayak sonucu yaralandığı ve %43.4'ünün ise halen ara sırada da olsa dayak yediği belirlenmiştir. Erkeklerin %51.7'si, kızların ise %33.9'u halen fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Son bir yıl içerisinde %17.3'ü anneleri, %13.9'u babaları tarafından dövülmüştür. Dayak yiyen öğrencilerin %2.1'i her gün, %33.1'i haftada en az 1-2



kez dayak yediklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %31.6'sı hiç fiziksel şiddet içeren kavga etmediğini belirtirken, %3.8'i ise halen sık sık bu şekilde kavga etmektedir. %31.8'i fiziksel şiddetin gerektiğinde çözüm olabileceğini, %26.3'ü kavganın güzel bir şey değil ama yaşamın bir parçası olduğunu belirtmişlerdir (44).

### **3.1.3.2. Cinsel İstismar**

Cinsellik, bir canlı türünün varlığını sürdürmesi için gerekli olan fizyolojik bir dürtüdür ve her dönemde toplumların ilgi alanlarından biri olmuştur. Cinsellik, kimi zaman kısıtlanmış, yasaklanmış, kimi zaman denetimsiz insan davranışlarından biri olmuştur (11).

Cinsel istismarla ilgili NCCAN'nın (Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi) 1991'de yayınladığı tanım; “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir fiziksel gücü veya psikolojik kontrolü söz konusuysa veya belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir” şeklindedir (5).

DSÖ, cinsel istismarı, “Çocuğun tamamen kavrayamadığı, rızasının mümkün olmayacağı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, yasalara aykırı veya içinde yaşadığı toplumun tabu gördüğü cinsel bir eylem içine sokulması” olarak tanımlamaktadır (29).

Çocukların cinsel istismarı çok yaygın ve ciddi bir sorundur. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik sınıf ve coğrafi bölge farkı gözetmeksizin herkesi etkileyebilir. Her yaş grubundan çocuk cinsel istismara uğrasa da ortalama olarak bildirilen 8–11 yaştır. Bazı araştırmacılar 4–9 yaş arası çocukların cinsel istismar için daha büyük risk grubu oluşturduğunu söylemektedir (5,26,45).

Cinsel istismarı Coulborn Faller yedi başlık altında incelenmiştir:

**1. Temas İçermeyen İstismar:** İstismarcının çocuğun cinsel özelliklerine yönelik olarak seksî 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. Özellikle internet ağının genişlemesi ile birlikte bu sorun da büyümektedir.

**7. Başka İstismar Türleri de İçeren Cinsel İstismar:** Cinsel istismara aşağılama, fiziksel olarak kötü muamele, uyuşturucu ve alkol kullanmaya zorlama eşlik edebilir (46).

#### **3.1.3.2.1.Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)**

Ensest “evlenmeleri, ahlakça ve hukukça, dince yasaklanmış (nikah düşmeyen), yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları” anlamında kullanılmaktadır (6,28).

Ensest konusunda çeşitli tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlamalarda iki temel faktör ön plana çıkmaktadır. Bazı araştırmacılar sadece çekirdek aile içindeki aile bireylerini bu kapsama alırken bazı araştırmacılar ise bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik bağa bakmaksızın bu kapsama almaktadır. İkinci faktör ise hangi tür davranışların bu grupta değerlendirilmesi gerektiğidir. Son yıllarda geniş anlamı ile cinsel içerikli davranışların ensest kavramı kapsamına alınması gerektiği görüşü ağır basmaktadır (6,28).

Ensest vakalarının çoğu annelerin çocuklarındaki davranış sorunları sonucu çocuklarını bir uzmana götürmeleri sırasında araştırmalarla rastlantı sonucu ortaya çıkmaktadır. Olayın kurbanlarının suçluluk, utanma ve dışlanma korkuları olayın bildirilmesini engellemektedir (6).

Ensest konusunda düşünülen risk faktörleri (ensestin olabileceğini düşündüren belirtiler) aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır.

- Alkolik baba,
- Alışılmışın dışında şüpheli ya da bağınaz baba,
- Otoriter baba,
- Annenin olmayışı ya da ailede koruyucu güç olmayı beceremeyen anne,
- Annenin ev işlerini yapan ve anne rolünü oynayan kız çocuğu,
- Anne babanın bitmiş ya da sorunlu cinsel yaşantılarının olması,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Çocuğun insanlarla yakın ilişki kurmasına izin verilmemesi,
- Anne babanın yabancılara karşı düşmanca, paranoid tutum içine girmesi,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı,

- Babanın puberte döneminde kızına karşı aşırı kıskançlık göstermesi,
- Babanın kendi kontrolünü sınırlayan faktörlere (madde bağımlılığı, psikopataloji, sınırlı zekâ) sahip olması olarak belirtilmektedir (47).

#### **3.1.3.2.2.Çocuklarda cinsel istismar bulguları**

Çocuklarda görülen cinsel istismar bulguları fiziksel ve davranışsal olmak üzere iki şekilde görülmektedir.

##### **a) Fiziksel Bulgular:**

- Yürüme ve oturmada zorluk,
- Abdominal, genital ve rektal ağrı,
- Sekunderenürezis ve enkoprezis,
- Genital ya da anal bölgede irritasyon ya da inflamasyon,
- Açıklanamayan tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, vulvovajinit veya vajinit,
- Genital travmayı gösteren akut bulgular (kanama, lesarasyon, ekimoz),
- Hymen, anüs ya da vajinada skar oluşumu,
- Prepubertal veya cinsel olarak inaktif bir çocukta hymen/anüs dilatasyonu,
- Ağız, vajina ya da anüste semen bulunması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar,
- Erken pupertal dönemde gebe kalması sayılabilir.

##### **b) Davranışsal Bulgular:**

- Erişkinlerle temastan ürkmek,
- Evden/ okuldan kaçma,
- Sosyal ilişkilerin dışında kalma,

- Erişkinlerden aşırı ilgi bekleme,
- Öldürme fikirleri ve fantezileri,
- Yaptığı çizimler ya da oynadığı oyunlarda cinsel istismarı tanımlama,
- Suçluluk ve utanç duygusu,
- Anksiyete ve depresyon,
- Postravmatik stres bozukluğu,
- İntihar fikirleri,
- Uyku bozuklukları ve kabuslar,
- Somatik şikayetler,
- Yeme bozuklukları,
- Madde kötüye kullanımı,
- Fobiler,
- Regresif semptomların varlığı (mutizm, infantil davranış, bebek gibi konuşma),
- Öğrenme güçlüğü,
- Cinsel konularla aşırı ilgilenme, erken cinsel uyanma,
- Daha küçük çocuklara tecavüz,
- Artmış ve alenen yapılan masturbasyon,
- Fahişelik sayılabilir (11,48).

Romanya’da yapılan bir çalışmada aileler ile görüşüldüğünde cinsel istismara maruz kalan çocuk sıklığı %0.1 iken, aynı ailelerin çocukları ile görüşüldüğünde ise bu sıklığın %9.1 olduğu saptanmıştır (49).

### 3.1.3.3. Duygusal/Sözel istismar

Duygusal istismarı net olarak tanımlamak daha zordur. Bir çocuğun küçümsenmesi, suçlanması, reddedilmesi, çocuklara sürekli olarak farklı şekilde muamele edilmesi ya da kasti ve zorla soyutlanması veya güvenlik ya da şefkatten mahrum bırakılması duygusal istismar olarak tanımlanmaktadır (28).

1983 yılında yapılan Uluslararası Duygusal İstismar Toplantısı'nda fikir birliğine varılarak ortak bir tanım oluşturulmuştur. Bu tanıma göre duygusal istismar: “Çocuk ve gençlerin psikolojik olara kötüye kullanılması, yapılan ya da yapılması gerekli olup da ihmal edilen toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik açıdan zarar verici oldukları saptanan davranışlardır”. Bu davranışlar yaş, bilgi ve pozisyon gibi özellikler ile çocuk ya da gencin üzerinde güç sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Bu tür davranışlar çocuğun bilişsel, duygusal ya da fiziksel gelişimine hemen veya gelecekte zarar veren ya da verme potansiyeli taşıyan davranışlar” olarak belirtilmiştir (6,28).

Polat'a göre duygusal istismar; çocuk ve gençlerin, kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılmaları durumudur (6).

Duygusal istismarın en geniş tanımı ise DSÖ'nün tanımı olup, bu tanıma göre duygusal istismar; çocuğa gelişimsel olarak uygun destekleyici bir çevrenin sağlanmamasıdır. Buna dâhil olan durumlar arasında; birincil bağlanma figürünün sunulmaması ve buna bağlı olarak çocuğun içinde yaşadığı toplumla uyumlu, potansiyelleri ile örtüşen, tutarlı ve bütüncül, duygusal ve sosyal yetkinlikleri kazanamaması da vardır. Çocuğun sağlığına, fiziksel, zihinsel, manevi, ahlaki veya

sosyal gelişimine zarar veren veya zarar verme ihtimali yüksek eylemlere maruz kalması da duygusal istismar kapsamı içinde ele alınmaktadır (29).

Duygusal istismar iki özelliği ile diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır. Bunlar: fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut bulguların bulunmayışı ve tek başına bulunabileceği gibi birçok olguda fiziksel ve cinsel istismarla birlikte bulunmasıdır (28).

İstismarcı sürekli olarak kurbanı eleştirir, alay eder, aşağılar, görmezden gelir ve bu şekilde üzerinde baskı kurar. Duygusal istismar, kişinin kendine olan güvenini zedeler, değersizlik düşüncesi oluşturur ve çaresizlik duygusunu pekiştirir (28).

Duygusal istismara neden olan başlıca ebeveyn davranışları aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

**1) Reddetme (Rejection):** Erişkin bireyin çocuğun gereksinimlerini karşılamaması, onu ayrı bir birey olarak kabul etmemesi, evdeki hatalardan çocuğu sorumlu tutması gibi davranışları içerir.

**2) Tek Başına Bırakma, Yalnız Bırakma (İsolation):** Ebeveynin çocuğu toplumsal ilişkilerden ve kendinden uzak tutması, çocuğun bu tip ilişkilere girmesini sağlayacak olanaklar yaratmaması ya da kasıtlı olarak engellemesi, çocuğun yalnız olduğuna inandırılması şeklindedir.

**3) Aşağılama (Degrading):** Ebeveynin çocuğun küçük düşmesine neden olacak, onurunu zedeleyecek davranışlarda bulunması, takma isimlerle çağırma gibi davranışların sistematik olarak uygulanmasıdır.

**4) Korkutma, Yıldırma, Tehdit (Terrorizing):** Ebeveynin sözel ya da fiziksel saldırılar ile çocuğu korkutması, tehdit etmesi, gözdağı vererek korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olmasıdır.

**5) Suça Yönelme, Kışkırtma (Corrupting):** Çocuğun anti-sosyal davranışlara yöneltilmesi, bu tür davranışlara göz yumulması, özendirilmesi, iyi-kötü kavramının öğretilmemesidir.

**6) Duygusal Tepki Vermeyi Reddetme (Denying Emotional Responsiveness):** Uygun gelişim ve bağlılığın sağlanamaması, duygusal ve zihinsel gelişimin baskılanması, yardıma gereksinimi olduğunda yanında olmama gibi davranışları kapsar.

**7) Kendi Çıkarına Kullanma (Exploiting):** Ebeveynin kendi çıkarları için çocuğu kullanmasıdır. Fuhuş, dilencilik, soygun yaptırılması, çocuğun okuldan alınarak çalıştırılması, kardeşlerinin sorumluluğunun yüklenmesi gibi davranışlar kendi çıkarına kullanmaya örnek olarak gösterilebilir.

**8) Vaktinden Önce Yetişkin Rolü Verme (Adultifying):** Çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerin olması ve bu tip başarıların beklenmesi, yapamayacağı şeyleri başarması için baskılamak, yaş gelişimine uygun olmayan sorumlulukların verilmesidir (11,18,36).

Bunların yanı sıra kardeşler arası ayırım yapma, sık eleştirme, aşırı baskı ve otorite kurma, şiddete tanık olması da duygusal istismar grubu içinde değerlendirmek gerekmektedir (28).

### **3.1.3.3.1.Çocuklarda duygusal istismar bulguları**

Çocuklardaki duygusal istismarın bulguları:

- Fiziksel ve sosyal gelişiminin anlamlı geri olması,
- Organik temeli olmayan büyüme –gelişme geriliği,
- Anksiyete bulguları, psikojenik deri döküntüleri, parmak emme, tik ve stereotipik hareketler,



- Konuşma bozukluğu,
- Göz temasından kaçınma, uyku ve iletişim bozuklukları,
- Anti-sosyal davranışlar, depresyon, suicidal davranışlar, evden/okuldan kaçma,
- Suça eğilim,
- Ailenin beklentilerini tatmin için aşırı uyumlu, çalışkan ve sevimli olma çabası şeklindedir (6,11,28) .

DSÖ'nün yapmış olduğu "Worldsafe (World-Studies of Abuse in The Family Enviroment)" çalışmasına göre Şili'de çocuğu azarlama %85, beddua etme %3, çocukla konuşmayı reddetme %17, aile dışına atma ile tehdit %5, terk etme ile tehdit %8, hayalet ile tehdit %12, kilitleme cezası %2 olarak belirlenmiştir. Mısır'da kullanılan psikolojik şiddet uygulamaları çocuğu azarlama %72, beddua etme %51, çocukla konuşmayı reddetme %48, aile dışına atma ile tehdit %0, terk etme ile tehdit %10, hayalet ile tehdit %6, kilitleme %12'dir. Hindistan'da kullanılan psikolojik şiddet uygulamaları çocuğu azarlama %70, çocukla konuşmayı reddetme %31, terk etme ile tehdit %20, hayalet ile tehdit %20 olarak belirlenmiştir. Amerika'da en çok kullanılan psikolojik şiddet uygulamaları çocuğu azarlama (%85) ve beddua etme (%24) dir. Filipinler'de çocuğu azarlama %82, beddua etme %0, çocukla konuşmayı reddetme %15, aile dışına atma ile tehdit %26, terk etme ile tehdit %48, hayalet ile tehdit %24, kilitleme %12 olarak belirlenmiştir (41).

Zeytinoğlu'nun sağlık, sosyal ve eğitim alanlarında çalışan uzmanların, çocukların karşılaştıkları hangi durum ve davranışları çocuk istismarı olarak değerlendirdiklerini inceleyen çalışmasında duygusal istismarının %78.3 oranıyla ilk sırayı aldığı saptanmıştır (50).

Bildik'in ergenler üzerinde yaptığı çalışmasında deneklerin %59.7'sinin duygusal istismardan yakındığı saptanmıştır (51).

#### **3.1.3.4. Çocuk ihmali**

Genellikle çocuk istismarı ile birlikte anılan bir kavram olan ihmal, oldukça sık görülen, ancak tanı ve tedavisinde zorluk çekilen bir durumdur (6, 28).

Çocuk ihmali genel olarak "Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi çocuğu fiziksel ya da duygusal olarak ihmal etmesi" olarak tanımlanabilir. Çocuğun beslenme, barınma, giyim, hijyen, oyun, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmetini sağlama görevinin reddedilmesi ya da yerine getirilmemesidir (28).

DSÖ'nün tanımına göre ihmal; çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin çocuğun gelişimi için gerekli her türlü ihtiyacını karşılamaması veya bu ihtiyaçları dikkate almamasıdır. Bu gereksinimler: sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma ve güvenli yaşam şartları alanlarında ortaya çıkabilir (1,29).

İstismar ve ihmali birbirinden ayıran temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır. İhmali de fiziksel, cinsel, duygusal, eğitim ve tıbbi boyutta ele almak mümkündür (28).

##### **3.1.3.4.1.Fiziksel İhmal**

Çocuğun yeterli ve dengeli beslenmemesi, temizliğinin sağlanmaması, uygun ve temiz giydirilmemesi, ev içi ve ev dışında olması muhtemel kazalara karşı önlem alınmaması gibi durumları kapsamaktadır. Bu çocuklar zayıf ve çelimsizdir, bazılarında ise gelişme geriliği mevcuttur. Seyrek yıkandıkları için idrar, ter ya da dışkı kokabilirler. Dişlerinde çürük vardır. Elbiseleri kirli, yırtık ve eskidir, genelde

boyuna göre küçük ya da büyük, mevsimine göre ince ya da kalın giysiler giymektedirler (28).

#### **3.1.3.4.2. Duygusal İhmal**

Duygusal ihmal, çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanmaktadır. Bu anne ve babalar çocuğun duygusal gereksinimlerine karşı kayıtsızdır. Çocuğu duygusal olarak reddedebilir, yok sayabilirler. Yeterli gözetim olmadığında, çocuk tehlikeli kişilere ve davranışlara yönelebilir. Duygusal ihmalde, en çok sözlü istismar yapılmaktadır. Çocuğun üzerine bütün suçların yüklenmesi, aşağılama, küçük düşürme, kardeş istismarına şahit olmak diğer verilebilecek örneklerdir. Duygusal istismarda ebeveynler çocuklarına yeterli vakit ayırmazlar, onlarla oyun oynamazlar hatta onlara gelişim düzeylerine uygun yeterli oyuncak almamaları bile duygusal istismar olarak değerlendirilebilir. Duygusal ihmal çoğu kez fiziksel ihmalle ya da duygusal istismarla birlikte (11, 52).

#### **3.1.3.4.3. Cinsel İhmal**

Cinsel ihmal çocuğa, insanların geçirdiği cinsel gelişim evreleri hakkında yeterli cinsel eğitimin verilmemesi olarak ele alınmaktadır. Aile içinde eğitimin 0-6 yaştaki önemi büyüktür. Bu dönemde çocuğun cinsel kimliğine yönelik uygun davranışlar sergilememek, cinsiyetine uygun giydirilmemesi, oyuncaklar alınmamasının yanı sıra bu yaş ve ilerleyen dönemlerde çocuğun cinsel konulardaki sorularına yönelik yaşına uygun şekilde cevap verilmemesi de önemlidir (11, 53).

#### **3.1.3.4.4. Eğitim İhmali**

Eğitimin ihmali çocuğun eğitiminin bir şekilde ihmal edilmesi, ilgisiz kalınmasıdır ve bu başlık altında yer alan ihmal tipi incelendiğinde sürekli okul

kaçkınılığına izin vermek, göz yummak, eğitim alanında çocuğun ihmali. Ayda 5 günden fazla tekrarlayıcı okul devamsızlığı olması ve ailenin bu duruma izin vermesi olarak da tanımlanabilir. Çalıştırma, kardeş baktırma gibi nedenlerle okul yaşı gelmiş bir çocuğu okula kaydettirmemek de sık görülen bir başka ihmal tipidir (11,54).

Öğrenme güçlükleri, zihinsel kapasitede sınırlılık gibi nedenlerle özel eğitime gereksinimi olan bir çocuğun bu ihtiyacının reddedilmesi ya da eğitimin sürdürülmesi eğitim alanındaki bir ihmaldir (11,54).

#### **3.1.3.4.5. Tıbbi ihmal**

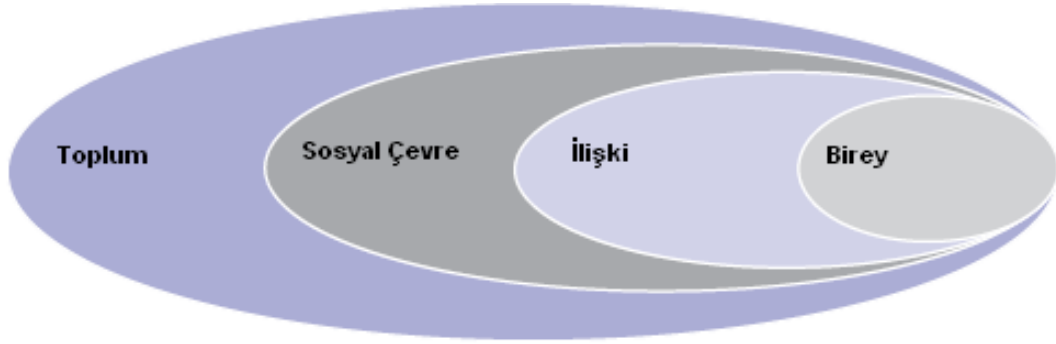
Tıbbi ihmal çocuğun gereksinimi olan tıbbi yardımın çocuğun ailesi veya bakan kişiler tarafından sağlanmamasıdır. Standart tanı yöntemlerinin ve tedavinin uygulanmasının reddedilmesi veya tedavinin devam ettirilmesinde uyumsuzluk gösterilmesi de tıbbi ihmal olarak kabul edilir. Tıbbi ihmal nedenleri arasında cehalet, ekonomik sıkıntılar, çocuğa karşı kinî duygular, dini inanışlar, hastanın sağlık kuruluşuna ulaşımının çok zor olması, sosyal güvence olmaması, verilen tedavinin iyi anlaşılmamış olması ya da tedavinin aileye çok zor gelmiş olması gibi etmenler sayılabilir (11,54).

Güler ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya göre; 150 annenin %28.7'sinin çocuklarının isteklerini göz ardı ettiği, %32.2'sinin hastalık durumunda hekime başvurmadığı, %14.7'sinin eğitimi ile ilgili okul ile görüşmediği belirlenmiştir. Bu ihmal davranışlarına ek olarak, % 53.8'i çocuklarına tokat attığını, % 23.1'i ise dövdüklerini ifade ettikleri belirtilmiştir (55).

### 3.1.4. Çocuk İhmal Ve İstismarında Rol Oynayan Risk Faktörleri

DSÖ, çocuk ihmal ve istismarının çeşitli faktörlere bağlı olarak gerçekleştiğini belirtmiş ve bu risk faktörlerini ailesel, çocuktan kaynaklanan, toplumsal ve anne babadan kaynaklanan diye dört gruba ayırmıştır (41).

Günümüzde ise yine DSÖ ve ISPCAN'nın (Uluslararası Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği) çocuk istismarını önlemeye yönelik çıkarttığı raporda bu farklı faktörlerin karşılıklı etkilemesini simgeleyen ekolojik bir model sunulmaktadır (Şekil 1).



**Şekil 1.** Çocuk İstismarı İçin Risk Faktörlerini Tanımlayan Ekolojik Model (56)

Çocuk İstismarı için risk faktörlerini tanımlayan ekolojik model incelendiğinde;

Modelin bireysel düzeyi; birey düzeyi; yaş ve cinsiyet gibi biyolojik değişkenler ile birlikte bir bireyin çocuk istismarına hedef olmasını etkileyebilecek bireysel yaşam faktörlerini;

İlişki düzeyi; bir bireyin hem istismar suçu işleme hem de istismara uğrama riskini etkileyen aile üyeleri veya arkadaşlar ile olan yakın sosyal ilişkilerini;

Sosyal çevre düzeyi; sert fiziksel cezaları destekleyen sosyal normlar, ekonomik eşitsizlikler ve sosyal sağlık güvencesinin eksikliği gibi sosyal faktörleri ve,

Toplum düzeyi; sosyal ilişkilerin (komşuluklar, iş yerleri ve okullar) yer aldığı kurulumlarla ilgilidir ve bu kurulumların belirli özellikleri çocuk istismarına neden olabilmektedir (56).

#### **3.1.4.1. Bireysel faktörler**

##### **Ebeveynlerdeki ve bakıcılardaki risk faktörleri**

Artmış çocuk istismarı riski ebeveyn ve diğer aile üyelerinde, belli başlı faktörlerin bulunması ile ilgilidir. Bunlar;

- Yenidoğan bir çocukla ilişki kurmada zorluk çekme- örneğin, zor bir hamileliğin, doğum komplikasyonları veya bebekle ilgili hayal kırıklığının yaşanması;
- Çocuk büyütebilme özelliklerine sahip olmamak;
- Çocukken istismara uğramak;
- Çocuk gelişimine ilgisiz kalmak veya çocuğun gereksinimlerini veya davranışlarını anlamayı önleyen gerçek dışı beklentiler beslemek;
- Yaramazlığı uygun olmayan, aşırı veya vahşi şekilde cezalandırmak;
- Fiziksel cezaları bir disiplin yöntemi olarak algılamak veya bunun etkisine inanmak;
- Çocukları disipline etmek için fiziksel ceza kullanmak;
- Fiziksel veya ruhsal sorunlara veya ebeveynlik yeteneğini engelleyen bilişsel bozukluklara sahip olmak;

- Kızgın olduğunda veya hayal kırıklığına uğradığında kontrolünü kaybetmek;
- Hamilelik sürecini de içine alan dönemde alkol veya ilaç kullanmak;
- Ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkileyen bazı suçlara karışmak;
- Sosyal izolasyon;
- Depresif veya düşük öz saygı veya yetersizlik duygularına sahip olmak;
- Genç yaşından veya eğitim eksikliğinden dolayı eksik ebeveyn yeteneği göstermek;
- Finansal zorluklar içinde olmak ebeveyn ve bakıcılar için risk faktörleri olarak belirtilmektedir (56).

### **Çocuktaki risk faktörleri**

Çocuğa bağlı risk faktörleri istismar ve ihmal olasılığını yükseltmektedir. Bu risk faktörleri;

- İstenmeyen veya ebeveynin umduğunu veya beklentilerini karşılayamamış bir bebek-örneğin; cinsiyet, görünüş, huy veya özürler;
- Gereksinimi fazla olan bir çocuk-örneğin prematüre doğan, sık sık ağlayan, ruhsal veya fiziksel engelli veya kronik hastalığı olan;
- İsrarla ağlayan ve kolayca susturulamayan veya rahat ettirilemeyen;
- Yüzdeki anomaliler gibi fiziksel özelliklere sahip olma nedeni ile ebeveyn tarafından hoşlanılmama veya çocuktan geri çekilme;
- Mental hastalık belirtilerinin var olması;

- Ebeveyn tarafından problem olarak görülen kişisel veya geçici alışkanlıklar gösteren- örneğin hiperaktif veya tikleri olan çocuklar;
- Ebeveynlerin bakıma muhtaç özelliklerde yaşça yakın kardeş ya da kardeşlere sahip olma;
- Tehlikeli davranış sorunları gösteren veya bunlara maruz kalan bir çocuk-örneğin derin ebeveyn şiddeti, suç davranışları, kendi kendini istismar davranışı, hayvanlara karşı istismar veya akranlarına karşı ısrarlı agresiflik çocuktaki risk faktörlerini oluşturmaktadır (56).

#### **3.1.4.2. İlişki faktörleri**

Ailelerin kompozisyonları kendi benzersiz durumlarına ve toplum normlarına bağlı olarak oldukça değişkendir. Birçok toplumda, evli bir anne-baba ve çocuklardan oluşan “geleneksel” çekirdek aile bir norm olmayabilir. Aileler tek anne, tek baba, aynı cinsten ebeveynler, kardeş ve büyüklerden oluşabilmektedir (56). Aile, arkadaşlar, çok yakın eşler ve akranlarla ilişkilerdeki çocuk istismarı ve ihmali risk faktörleri şunları içerir:

- Ebeveyn eksikliği-çocuk bağlılığı ve ilişkide eksiklik,
- Bir aile üyesinin fiziksel, gelişimsel veya ruhsal bir sağlık sorunu,
- Çocukta veya yetişkinde ruhsal hastalık, mutsuzluk, yalnızlık duyguları,
- Ailede ebeveynler arası, çocuklar arası veya ebeveynler ve çocuklar arası şiddet,
- Evliliği de içeren yakın ilişkilerde evde meydana gelen saygısız davranışlar,
- Toplumdan izole olmak,
- Bir ilişkideki zor ve stresli durumlarda yardımcı olabilecek destek ağının eksikliği,
- Geniş ailelerde çocuğun bakımındaki desteğin bozulması,



- Toplumdaki suç veya şiddet aktivitelerine karışma, çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili ilişki faktörleridir (56).

#### **3.1.4.3. Sosyal çevre faktörleri**

Sosyal çevrenin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olan özellikleri;

- Şiddet toleransı,
- Toplumdaki cinsiyet ve sosyal eşitsizlikler,
- Yetersiz ev ve barınma,
- Aileleri, kurumları ve özel isteklerin karşılanmasını destekleyecek hizmet eksikliği,
- Yüksek düzeydeki işsizlik,
- Yoksulluk,
- Çevredeki zararlı kurşun veya diğer toksinlerin oranı,
- Kısa süreli komşuluklar,
- Alkole kolay ulaşım, çocuk ihmali ve istismarının oluşması olasılığını arttıran sosyal çevre faktörlerini içermektedir (56).

#### **3.1.4.4. Toplumsal faktörler**

Bir toplumda çocuk istismarı ve ihmaline neden olabilecek faktörler şunlardır;

- Yoksul yaşam standartlarına veya ekonomik eşitsizliğe neden olan sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikaları,
- Basında ve bilgisayar oyunlarında şiddete fazla yer ayrılması,
- Erkek ve kadınlar için katı cinsiyet rolleri talep eden sosyal ve kültürel normlar,

- Çocuğun ebeveyn-çocuk ilişkisindeki önemini azaltan sosyal ve kültürel normlar,
- Çocuk pornografisi, çocuk fahişeliği ve çocuk işçiliğinin varlığını içermektedir (56).

### **3.1.5.Epidemiyoloji**

Çocuk ihmal ve istismarı değişik boyutlarda ve ağırlıkta hemen her toplumsal yapıda ve ortamda sıklığı ve önemi artarak yaşanmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarı daha çok evlerin dört duvarı arasında, gizli yaşanmakta, toplumun değer yargıları bunlara “aile meselesidir, karışılmaz” gözüyle bakmaktadır. Aynı zamanda ülkelerin bu olguları önleyici yasal yaptırımların yetersiz olması, ihmal ve istismara uğrayan kişilerin utanma, korkma ve benzeri duygusal zorlanmalar nedeniyle bildirimde bulunmaması, gerçeklerin inkar edilmesi, çocuklarla ilk karşılaşan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin belirti ve bulguları iyi tanıyamamaları, çocuk istismarı ve ihmali olguları yeterince tespit edilememesine yol açmaktadır. Dolayısıyla bu olguların görülme sıklığı hakkında kesin ve gerçekçi sayılar vermek olanaksızdır (57).

ABD Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (The National Child Abuseand Neglect Data System) raporlarına göre 2005 yılında raporlanan 1460 çocuk ölümü çocuk ihmali ve istismarından kaynaklanmaktadır. Aynı rapora göre en çok 3 yaşından küçük çocukların istismara uğradığı bulunmuştur. Çocuk ihmali ve istismarından kaynaklanan ölüm olguları incelendiğinde % 38'inin ihmalden, % 30'unun fiziksel istismardan, % 29'unun istismar ve ihmalden, % 3'ünün duygusal istismardan ve % 1 kadarının da cinsel istismardan kaynaklandığı belirtilmektedir (58).

Dünyada aile çevresinde istismar (Worlsafe) projesinde beş ülkede fiziksel istismarın yaygınlığı incelenmiştir ve bu ülkeler için yaygınlık oranlarının; A.B.D. ve Şili’de %4-%85, Filipinlerde %21-%82, Mısır’da %26-%72 ve Hindistan’da %36-%70 arasında değiştiği belirtilmektedir (41).

Benbenishty ve arkadaşlarının İsrail’de 5742 ilkokul öğrencisiyle yapılan bir anket çalışmasında öğrencilerin % 22,2’sinin fiziksel, % 29,1’nin duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir (59).

Kanada’da 15 yaş ve üzeri yaklaşık 10000 randomize örnek üzerinde yapılan Ontario sağlık çalışmasında; erkeklerin %31.2’sinin, kadınların ise %21.1’inin çocukluklarında fiziksel istismar öyküsü mevcut olduğu rapor edilmiştir (60).

Richters ve Martinez; Washington’da (ABD) yapmış oldukları bir çalışmada 6-10 yaş arası çocukların %21’inin şiddete maruz kaldıklarını saptamışlardır (61).

Fitzpatric ve Boldizar; 7-18 yaş arası Afrika kökenli Amerikan çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, çocukların %70’den fazlasının şiddete maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir (62).

Campbell ve Schwarz; yayınlanan çalışmalarında, Philadelphia Metropolitan bölgesinde şehir merkezinde bir okul öğrencilerinin %67 oranında hırsızlık, dövülmek, bıçaklanmak, ateşle yaralanmak ve çapraz ateş içinde kalmak gibi şiddet olaylarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Tüm öğrenciler arasında herhangi bir şekilde dövülenlerin oranı %15’tir (63).

İsrail’de Haj-Yahia ve Ben-Arieh tarafından Arap adölesanları üzerinde yapılan bir çalışmada; çocukların %17’sinin anneleri, %15’inin babaları tarafından son bir yıl içinde en az bir kez birkaç dakika süreyle dövüldükleri bildirilmiştir (64).

Türkiye’de çocuğu istismar ve ihmal etme konusunun bilimsel olarak incelenmesine son yıllarda başlanmıştır. Zeytinoğlu tarafından yapılan bir çalışmada anne ve babaların %63’ünün fiziksel ceza uyguladığı, bunların %2’sinin hasarla sonuçlandığı bildirilmiştir (51).

Bahar ve Bayık yaptıkları çalışmalarında; ocuk ifadesine göre; annelerin %61, babaların %40 fiziksel ceza verdiklerini, anne ve baba ifadelerine göre ise bu oranların sırasıyla %9 ve %3 olduğunu bildirmişlerdir (65).

Bilir ve arkadaşlarını, sekiz ilde (Malatya, Nevşehir, Afyon, Ağrı, Giresun, Rize, Trabzon, Ankara) 16100 ocuk üzerinde yaptıkları alan çalışması sonuçlarına göre; 4-6 yaş grubu çocuklarda örselenme oranı %40.7 iken, 7-10 yaş grubunda %33.5, 11-12 yaş grubunda ise %25.8’dir. Genelde ise bu oran %33.5 olarak bulunmuştur. Çocuğa uygulanan şiddet oranı Batı Anadolu’da %14 iken, Doğu Anadolu’da %54’e kadar yükselmiştir (66).

Kaya ve arkadaşlarının İstanbul Üniversitesi ocuk Psikiyatrisi’ne başvuran çocukların annelerinin %78’inin arada bir, %13’ünün sık sık (toplam %91) dayak attığını tespit etmişlerdir (67).

Egemen ve arkadaşları tarafından yayınlanan çalışmada; İzmir’de lise ğrencilerinin şiddete maruz kalma prevalansını aile içinde %20.4, aile dışı ortamlarda ise %19.8 olarak bildirmişlerdir (68).

Başbakanlık Aile Kurumu’nun 1995 yılında yaptığı “Aile İçi şiddetin Sebep ve Sonuçları” isimli çalışmada 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık % 40’ının anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (69).

Akyüz ve arkadaşlarının erişkinlerle yaptıkları geriye dönük bir araştırmada ise çocuklukta cinsel istismar oranı % 2,5 olarak bildirilmiştir (70).

### **3.1.6. Çocuk İhmali Ve İstismarının Önlenmesi**

Çocuk ihmali ve istismarının önleme çalışmalarının, tıbbi tedavi, terapi, rehabilitasyon ve izleme çalışmalarından çok daha yararlı ve etkili olduğu tespit edilmiştir. Çocuk ihmali ve istismarının önlenmesine yönelik çalışmaların yapılabilmesi için öncelikle risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu risk faktörlerine yönelik önleyici ve koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Sonraki adım ise, ihmal ve istismara uğramış bir çocuğun daha fazla zarar görmesinin önlenmesidir. Önleme çalışmalarının temelini topluma yönelik eğitim faaliyetleri oluşturmaktadır. Anne, baba ve toplumdaki tüm bireylere yönelik yapılacak bilgilendirme ve eğitim ilk adımı oluşturacaktır. Konu hakkında bilgilenen kişi böyle bir problem durumunda hem kendini, hem de çevresini değerlendirme şansına sahip olacaktır (71,72).

Geleneksel olarak çocuk ihmali ve istismarını önleme çabaları birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç aşamada gerçekleşmektedir (71,72).

#### **3.1.6.1. Birincil Önleme**

Birincil önleme; çocuk ihmali ve istismarı oluşmadan önce olası risk faktörlerini de göz önüne alarak, çocuk ihmali ve istismarının oluşmasını engellemek amacıyla uygulanan tüm eğitim ve hizmet çalışmalarını içermektedir (11).

Birincil önleme stratejilerinde risk faktörleri de baz alınarak geniş tabanlı sosyal programlar yapılmalı, önleme çalışmaları bireysel düzeyden çok sosyal düzey üzerine odaklanmalıdır (11).

Çocuk istismarının önlenmesi için önerilen sosyal stratejiler; çocukların toplumda sosyal değerlerinin artırılması, ailelerin ekonomik olarak kendilerine yeterliliklerinin artırılması, toplumların ve onların kaynaklarının büyütülmesi, fiziksel cezalandırma ve şiddetin diğer formlarının kullanımından vazgeçirilmesi,

yeterli ve kolay uygulanabilir sağlık bakım sistemlerinin geliştirilmesi, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine gereken önem verilmesi, doğum öncesi, doğum sonrası ve erken çocukluk döneminde yeterli ve gerekli eğitimlerin verilmesi, aile planlaması eğitimiyle istenmeyen çocukların doğumunun engellenmesi, aile planlaması çalışmalarının yeterli düzeyde yapılması, eğitilmiş ebeveyn sayısını artırma, medya gibi kitle iletişim araçları ile çocuk ihmali ve istismarı konusunda toplum bilincini ve farkındalığını artırma, halk eğitim programları düzenleme, sağlık hizmetlerin kalitesini ve bu hizmetlere ulaşılabilirliği artırma gibi halk sağlığı yaklaşımları birincil önleme açısından önem kazanmaktadır (71-74).

Sağlık personelinin birincil önlemede özellikle tanı, tedavi ve rehabilitasyon konusunda bilgi ve becerisini geliştirmesi gerekmektedir. Çocuk ihmal ve istismar vakalarında taramanın önemi, yaklaşımı, tanı konulduğunda yapılması gereken müdahaleler, sevk sistemi içindeki rolü gibi birçok alanda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarını düzenlenmesi gerekmektedir (71-74).

### **3.1.6.2. İkincil Önleme**

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasıdır (71-74).

İhmal ve istismara uğrayan çocukların erken tanı ve etkin tedavisi görülecek zararın boyutunu azaltacaktır. Erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya olan duyarlılığı çok önemlidir. Herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna getirilen çocuk, ihmal ve istismar göstergeleri açısından da mutlaka değerlendirilmelidir. Genelde çocuk ihmal ve istismar olguları atlanmakta ya da travma çok ciddi boyutlarda olduğunda düşünölmektedir (71-74).

İhmal ve istismara uğramış bir çocuğa yaklaşımda en önemli unsur çocuğun daha fazla zarar görmesinin önlenmesidir. Çocuğa güvenmek, onu suçlamamak, damgalamamak, olumlu tutum sergilemek, yüz ve ses tonuyla yargılayıcı olmaktan kaçınmak son derece önemlidir. İhmal ve istismar ile karşılaşmış olan çocuğun tekrar tekrar sorgulanıp muayene edilmesi çocuğun yaşadığı travmayı artırarak aynı olayı sürekli yaşamasına yol açabilir. Bu nedenle, ihmal ve istismar durumlarında çocukların rahatsız olmayacağı bir ortamda, ilgili uzmanlarca tek bir öykü alınması ve tek bir muayenenin gerçekleştirilmesi en uygun olan yöntemdir (71-74).

Ev ziyaretleri ile özellikle çocuk ihmali ve istismarının azaltıldığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Ev ziyaretleri sırasında ailenin bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve ailenin gereksinimi olan diğer konularda destek sağlanması amaçlanmaktadır. Ev ziyaretleri sırasında çocuğa yönelik ihmal ve istismar saptanan ailelerde ziyaretlerin sıklaştırılması; ailenin iletişim ve sorunlarla baş edebilme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır (74).

1990 yılında “Sağlıklı Başlangıç” programı kapsamında “Hawaii’s Healthy Start” modeli geliştirilmiştir. Sağlıklı Başlangıç yaklaşımı; aile ilişkilerini ve fonksiyonlarını geliştirmek, olumlu aile becerileri, aile çocuk etkileşimlerini ve optimal çocuk gelişmesini arttırmak ve sonuçta çocuk istismarı ve ihmalini önlemek için düzenlenmiştir. Hawaii Aile Stres Merkezi’nce geliştirilen “Aile Stres Kontrol Listeleri” yenidoğan çocukların annelerine uygulanarak ev ziyaretlerine ve destek servislere gereksinimi olan aileler saptanmaktadır. Üç yıllık uygulama periyodu boyunca ailelerin %95’i servis desteği almışlardır (71-74).

### 3.1.6.3.Üçüncül Önleme

“Üçüncül önleme” çalışmalarında hedef kitle daha önce çocuk istismarı ve ihmalini yaşayan aileler ve çocuklarıdır. Söz konusu programların hedefleri çocuk istismarı ve ihmal olgularının tekrarını önlemek ve bu nedenle ortaya çıkmış olumsuz etkileri en aza indirmektir (74,76). Üçüncül önleme diğer hastalıklarda olduğu gibi tedavi ile eş anlamlıdır. Tanımlanan çocuk istismarı olgularının ve istismarcıların, medikal ve psikolojik tedavisini, sonrasında da izlemine kapsar. Böylece yeni istismar epizodları önlenmiş olur. Bu basamakta sağlıklı bir sosyal hizmetler ağının kurulması devletin sorumluluğundaki önemli bir maddedir (74).

Günümüzde çocuk ihmal ve istismarının giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir. Ancak rehabilitasyon programlarının uygulanabileceği bir merkezin, istismara uğramış çocuklara ve ailelerine yönelik programların olmaması, korunma altına alınan ya da ailelerine teslim edilen çocukların mağduriyetini arttırmaktadır. Bu da çocukların ilerideki yaşamlarını direkt olarak etkilemektedir. Bu nedenle herhangi bir ihmal ve istismar olayında 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek, çocuktaki ve ailedeki olası travmayı tedavi ve rehabilite edebilecek, yataklı ve ayaktan rehabilitasyon hizmeti verebilecek, çocuk ihmal ve istismarının rehabilitasyonu konusunda uzman personele sahip merkezlerin kurulması; bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (32).



### 3.1.7. Çocuk İhmali ve İstismarında Sağlık Çalışanlarının Önemi

Toplumda çocuğa kötü davranma, istismar ve ihmal etme olguları çoğu kez inkâr edilmekte veya görmezlikten gelinilmektedir. Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının özel konumları ve mesleki eğitimleri nedeniyle toplumda çoğu kez ilgilenilmeyen bu soruna eğilmeye, istismar ve ihmal edilen çocukların erken tanı ve tedavisinde rol oynamaya ve bu olayların görülme sıklığını azaltmaya çalışmaları gerekmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmal karşısında multidisipliner ekip anlayışıyla aile ve toplumun bilinçlendirilmesinde aktif rol alması gerekmektedir (11,28).

Çocuk ihmali ve istismarı vakalarıyla karşılaşma olasılığı ve ortamları yüksek olan sağlık çalışanlarının bu konuda öncelikle kendilerinin farkındalık düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Çocuk ihmali ve istismar olgularının belirti ve bulgularını saptamada, risk gruplarını belirleme konusunda geniş yeterli bilgi ve beceriye sahip olan sağlık çalışanları etkin iletişim tekniklerini de kullanarak, topluma bu konudaki erken tanının önemini anlatabilirler.

Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu ihmal ve istismara uğramış çocuğa nasıl davranılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını yansıtmaktadırlar (12-15). Oysa sağlık çalışanları, toplumun sağlık seviyesini yükseltmede ve sağlık eğitiminde aktif rol oynarlar. Bu rolleri gereği sağlık çalışanlarının bu konuya daha fazla önem vermeleri gerekmektedir (11,28).

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı durumunda en önemli rollerinden biri de şüpheli vakaları yetkili kurum ve kuruluşlara bildirmektir. Bildirim çocuk ihmal ve istismarını saptadıktan ve bildirdikten sonraki son aşamadır.

Buradaki amaç çocuk istismarı ve ihmaline uğrayanları tanımlamak, istismar ve ihmali durdurmak, aile ve çocuğa destek sağlamak ve tekrar ortaya çıkmasını engellemektir (11,28).

Kimi zaman sağlık çalışanları şüphelendikleri istismar ve ihmal olaylarını ihbar etmekten çekinmektedirler. Bazen de aile ve çocuk arasındaki ilişkilere ve ailenin özel hayatına karışmaktan çekinirler. Sağlık çalışanlarının ihbarda bulunmak istememelerinin bir nedeni de haklarında ihbarda buldukları çocuklar için gerekli yardım çalışmalarının yapılmayacağı ve çocuğun daha fazla zarar göreceği endişesini taşımalarıdır. Kimi zamanda çocuk ihmal ve istismarını gösteren yeterli kanıtlarının olmayışıdır (11,28).

Sağlık çalışanlarının ihmal ve istismar olgularını bildirmek zorunda olduğu ülkelerde, bu kişilerin istismar ve ihmali tanımlamaları, belirtilerini fark etmeleri ve fark edilen olgulara müdahalede ne tür bir yol izlemeleri gerektiğine dair çeşitli eğitim programları meslek içi eğitime dâhil edilmiştir (11,28).

Bizim ülkemizde ise sağlık kurumlarında istismar ve ihmal olaylarının anlaşılmasına yol açan en önemli nedenler arasında istismarı, ihmali ve bunların ihbarı ile ilgili işlem basamaklarını açıklayan prosedür ya da talimatların bulunmayışı veya düzgün işlemeyişidir. Prosedür ya da talimatlar hakkındaki bilgisizlik sonucu da sağlık çalışanları şüphelendikleri çocukları ihbar etmekten kaçınmaktadırlar (11,28).

Çocuk ihmali ve istismarının tespit edilmesinde sağlık kurumları önemli bir alan olarak görülmektedir. Bu alanda, sağlık çalışanlarının istismar ve ihmale maruz kalan çocukları tespit etme konusunda rol almaları, çocukların korunmasında önemli bir aşama olacaktır. İhmal ve istismara maruz kalan çocukların erken dönemde

saptanması, gerekli bildirim, yönlendirme ve tedavisinin yapılması konularında sağlık çalışanlarının eğitim almış olması gerekmektedir (11,28).

### **3.1.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu**

#### **3.1.8.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi**

Savaşların yarattığı olumsuzlukların ortadan kaldırılması ve insanlığın barış ve huzurlu bir dünyada yaşamak isteği sonucu kurulan Milletler Cemiyeti, ilk olarak 26 Eylül 1924'de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesini kabul etmiştir. Ancak 1939 yılında yeni bir savaş çıkması Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin bir süre ertelenmesine neden olmuştur. 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi'nde çocukların özel durumları ve özel korunma gereksinimleri nedeni ile çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlamıştır. 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni oybirliği ile kabul etmiştir. Geçen 30 yıllık süre içinde üye ülkeler açısından bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metnin hazırlanması gerekli görülmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini oybirliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılan sözleşme aynı gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır. 2 Eylül 1990'da 20 ülke tarafından onaylanarak uluslararası bir yasa gücüyle yürürlüğe girmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde

Resmi Gazete’de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye’de de uygulanmaya başlamıştır (77).

Sözleşmenin hükümleri 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yasama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen önsöz ve 3 temel alanı kapsayıp toplam 54 maddeden oluşmaktadır. Birinci Bölümde 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yasama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen dört temel alan ve bunların gerçekleştirilmesi için devlete düşen görevler düzenlenmiştir (Madde.1-41). İkinci ve üçüncü bölümlerde sözleşmenin öğretilmesi, yürürlüğe girmesini ve sözleşmeye uyulmasını düzenleyen kurallara yer verilmiştir (Madde.43-54). Çocukların refahı alanında, çocukların yaşatılması, korunması ve geliştirilmesi açılarından yeni yaklaşımlar ve standartlar getiren Çocuk Hakları Sözleşmesi çocukların yetiştirilmesinde toplumun, devletin ve ailenin sorumluluklarını, yeni ilke ve standartlarla açıklamaktadır (28,77).

Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde çocuğun sağlığı, gelişimi, eğitimi ve katılımı temel konular olarak ele alınmaktadır. Temel konular çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı önemli yer tutmaktadır (28,77).

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19, 34 ve 39’uncu maddeleri çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19’uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanmazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür (28,77).

Sözleşmenin 34'üncü maddesi de cinsel istismarla ilgili olup bu maddede fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel istismar ve sömürüden korumak konu edilmektedir. Sözleşmenin 39'uncu maddesi; silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır. Taraf devletlerin silahlı çatışma, işkence, ihmal, kötü muamele ve sömürü mağduru çocukların sağlıklarına kavuşturulmaları ve toplumla bütünleşmelerini sağlamak amacıyla uygun önlemleri almakla yükümlü oldukları belirtilmektedir. Şiddete maruz kalmış çocukların rehabilitasyonunu bu madde kapsamaktadır (28,77).

01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza kanunu, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu, Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun ile 15.07.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5395 sayılı "Çocuk Koruma Kanunu"nda çocuklara ilişkin düzenlemeler yer almaktadır. Çocukların korumasına ilişkin kurallar basta Anayasa'da yer alan temel ilkelerle düzenlenmiştir. Çocuğun kişi olarak toplum içinde statüsü Medeni Kanunla belirlenir. Çocuk hakları ihlali ile ilgili maddeler Türk Ceza Kanununda yer almaktadır. İhlalin önlenmesi ve olumsuz sonuçların ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler ise Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun, İş Kanunu, Basın Kanunu gibi pek çok yasa ve yönetmeliklerde yer almaktadır (78).

### **3.1.8.2.Türk Ceza Kanunu**

#### **Dava zamanaşımı**

**MADDE 66.-** (6) Zamanaşımı, tamamlanmış suçlarda suçun işlendiği günden, teşebbüs halinde kalan suçlarda son hareketin yapıldığı günden, kesintisiz suçlarda kesintinin gerçekleştiği ve zincirleme suçlarda son suçun işlendiği günden, çocuklara karşı üstsoy veya bunlar üzerinde hüküm ve nüfuzu olan kimseler tarafından islenen suçlarda çocuğun on sekiz yaşını bitirdiği günden itibaren işlemeye başlar.

#### **Çocukların cinsel istismarı**

**MADDE 103. -** (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

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

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

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

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

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

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

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

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

#### **Reşit olmayanla cinsel ilişki**

**MADDE 104.** - (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Fail mağdurdan beş yaştan daha büyük ise, şikâyet koşulu aranmaksızın, cezası iki kat artırılır.

#### **Müstehcenlik**

**MADDE 226.** - (1) a) Bir çocuğa müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri veren ya da bunların içeriğini gösteren, okuyan, okutan veya dinleten,

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

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

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

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

f) Bu ürünlerin reklamını yapan,

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

(2) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri basın ve yayım yolu ile yayımlayan veya yayınlanmasına aracılık eden kişi altı aydan üç yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

(3) Müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünlerin üretiminde çocukları kullanan kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli 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 adli para cezası ile cezalandırılır.

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

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



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

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

### **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 hâlinde verilecek ceza yarı oranında artırılır.

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

### **Kötü muamele**

**MADDE 232.** - (1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

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

### **Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali**

**MADDE 233.** - (3) Velâyet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadî sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddî ve manevî özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlâk,

güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

### **Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi**

**MADDE 280.** - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (78).

Bu bilgiler doğrultusunda çocuk ihmali ve istismarının tanılanmasında önemli rolü olan sağlık çalışanlarının konuya ilişkin farkındalık düzeylerini belirlemek ve farkındalık düzeyini etkileyen faktörleri saptamak amacı ile bu araştırmaya gerek duyulmuştur.

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma çocuk ihmali ve istismarının tanılanmasında önemli rolü olan sağlık çalışanlarının konuya ilişkin farkındalık düzeylerini belirlemek ve farkındalık düzeyini etkileyen faktörleri saptamak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Elazığ il merkezinde bulunan toplam 10 sağlık kurumunda yapılmıştır (Tablo 1). Araştırma Eylül 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ il merkezindeki 10 sağlık kurumunda hizmet vermekte olan 2150, örneklemini ise evrendeki birey sayısının bilindiği örneklem formülü  $(n=Nt^2pq/d^2(N-1)+t^2pq)$  kullanılarak belirlenen 906 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmış ve her kurum sağlık çalışanı sayısı oranında örnekleme temsil edilmiştir (Tablo 1). Yedi sağlık çalışanının araştırmaya katılmayı reddetmesi nedeniyle, araştırma 899 (%99.2) sağlık çalışanı ile tamamlanmıştır.

**Tablo 1.** Elazığ İl Merkezinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Küme Rastgele Örneklem Yöntemi İle Seçilen Örneklem Kurumlara Göre Dağılımları

Hastane Adı	Hekim		Hemşire ve Ebe	
	Evren	Örneklem	Evren	Örneklem
Fırat Tıp Merkezi	450	190	199	84
Elazığ Eğ. ve Ar. Has.	200	85	352	82
Harput Dev. Has.	73	31	194	82
Birinci Basamak Merkez	118	50	118	50
Medikal Park	31	13	55	23
Özel Damla Has.	39	17	49	21
Hayat Has.	20	9	30	13
Anadolu Has.	18	8	17	7
Ufuk Tıp Merkezi	13	6	15	6
Çağla Tıp Merkezi	12	5	2	1
<b>Toplam</b>	<b>1008</b>	<b>424</b>	<b>1142</b>	<b>482</b>

#### 4.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarına literatür taranarak hazırlanan genelde kapalı uçlu sorulardan oluşan bir anket formu ve ölçekten oluşan veri toplama aracı direkt gözlem altında araştırmacı tarafından uygulandı.

Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde; çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, çocuk sahibi olma durumu gibi sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde; sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve tutumlarını içeren mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı/sertifikasız eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumları, mesleki çalışma süreleri boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları, mesleki çalışmalarını süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında tanıyı koymakta yetersiz kaldıkları süreçler, çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili talimat ve prosedür varlığı ve yeterliliği,

çocuk istismarı ile karşılaştığında bildirim yapma durumları, bildirim yapmayanların neden yapmadıklarına dair sorular bulunmaktadır. Diğer bölümde ise; sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarına yönelik farkındalık düzeylerini saptamak için Uysal A. tarafından 1998 yılında geliştirilen “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” formu kullanıldı (18).

Bu ölçek;

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

ile ilgili 6 alt grubu bulunan toplam 67 maddeden oluşmaktadır.

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Çocuk ihmali ve istismarının belirti ve risklerini tanılamada sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik likert tipi ölçekte yer alan 1, 2, 4, 6, 9, 11, 13,15, 17,18, 19,20,21, 22, 23, 24, 25, 26,29, 31, 33,35,36,37,38, 39,40, 43, 44, 45,47, 48,50, 51,53, 55,57,58, 60,62, 64,65,66,67 no’lu sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verildi.

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30, 32,34,41,42, 49,52,54,59,61,63 no’lu sorulara verilen sorulara “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 değerlendirilip ve puan ortalaması bulundu.

Puan ortalamasının 5’e yaklaşması soruları doğru yanıtladıklarını, 3’den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru yanıtlayan deneğin 335 tam puan alması beklenmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe farkındalık düzeyleri artmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçek değerlendirmesine ait 67 sorunun Cronbach’s alpha katsayısı 0,9240 olarak belirtilmiştir (18). Ölçeğin alt grup değerlendirmelerinin de Cronbach’s alpha katsayısı 0,59 ile 0,89 arasında değişmektedir.

Araştırmamızda ise çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçek değerlendirmesine ait 67 sorunun Cronbach’s alpha katsayısı 0,836 olarak bulundu.

#### **4.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler istatistik paket programında bilgisayara aktarılıp, verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik oranlar,  $X^2$  testi, t testi ve varyans analizi kullanıldı (79).

#### **4.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Fırat Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu’ndan onay, uygulanabilmesi için Elazığ Valiliği’nden resmi izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı anlatılmış, araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları anlatılarak sözlü onay alınmıştır.

## 5. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Tablo 2 incelendiğinde araştırma grubunun %46.4’ünü (n=417) hekim, %53.6’sını (n=482) hemşire ve ebeler oluşturmuştur.

**Tablo 2:** Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sağlık çalışanlarının özellikleri	Hekim (n=417)		Hemşire ve Ebe (n=482)	
	%	n	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	162	38.8	392	81.3
Erkek	255	61.2	90	18.7
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	318	76.3	294	61.0
Bekar	99	23.7	188	39.0
<b>Yaş</b>				
18-32 yaş	105	25.2	254	52.7
33-44 yaş	256	61.4	203	42.1
45 yaş ve üzeri	56	13.4	25	5.2
<b>Eğitim Durumu</b>				
Sağlık meslek lisesi		-	110	22.8
Ön lisans		-	149	30.9
Lisans		-	223	46.3
Lisansüstü	417	100.0	-	-
<b>Meslekte Çalışma süresi</b>				
12 aydan az	21	5.0	73	15.1
12-24 ay	30	7.2	30	6.2
36-60 ay	60	14.4	77	16.0
72 ay ve üstü	306	73.4	302	62.7
<b>Çalışılan kurum</b>				
Üniversite Hastanesi	187	44.8	127	26.3
Özel Hastaneler	58	13.9	71	14.7
Devlet Hastaneler	172	41.2	284	58.9
<b>Çalışılan bölüm</b>				
Dahili	266	63.8	315	65.4
Cerrahi	127	30.5	160	33.2
Temel	24	5.8	7	1.5
<b>Nöbet tutma durumu</b>				
Tutuyor	226	54.2	283	58.7
Tutmuyor	191	45.8	199	41.3

Çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim etkinliklerinin sağlık çalışanlarına göre değerlendirilmesi Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3.** Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Etkinliklerinin Sağlık Çalışanlarına Göre Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının özellikleri	Hekim (n=417)		Hemşire ve ebe (n=482)		Test Değeri; p
	n	%	n	%	
<b>Mezuniyet öncesi eğitim alımı</b>					
Eğitim aldı	93	22.3	65	13.5	$\chi^2=11.997$ p=0.001
Eğitim almadı	324	77.7	417	86.5	
<b>Mezuniyet öncesi eğitim aldıkları dersler</b>					
Deontoloji/Tıbbi Etik	34	36.2	8	12.5	$\chi^2=19.152$ p=0.001
Psikoloji/Çocuk Psikolojisi	36	38.3	19	29.7	
Çocuk Dersi	13	13.8	21	32.8	
Toplum Sağlığı	11	11.7	16	25.0	
<b>*Eğitim yeterliliği</b>					
Yeterli	38	40.9	33	50.8	$\chi^2=1.518$ p=0.218
Yetersiz	55	59.1	32	49.2	
<b>Mezuniyet sonrası eğitim alımı</b>					
Eğitim aldı	44	10.6	38	7.9	$\chi^2=1.920$ p=0.166
Eğitim almadı	373	89.4	444	92.1	
<b>Mezuniyet sonrası eğitim aldıkları dersler</b>					
Sertifikalı	18	40.9	14	36.8	$\chi^2=0.142$ p=0.707
Sertifikasız	26	59.1	24	63.2	
<b>*Mezuniyet sonrası alınan eğitimin yeterliliği</b>					
Yeterli	25	56.8	30	78.9	$\chi^2=4.521$ p=0.033
Yetersiz	18	43.2	8	21.1	

\*Yüzdeler cevap verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaşma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 4'te sunulmuştur.



**Tablo 4:** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının özellikleri	Hekim (n=417)		Hemşire ve ebe (n=482)		Test Değeri; p
	n	%	n	%	
<b>Vakayla karşılaşma</b>					
Karşılaştı	113	27.1	56	11.6	$\chi^2=35.098$
Karşılaşmadı	304	72.9	426	88.4	<b>p=0.001</b>
<b>Vakayla Karşılaştıklarında İzledikleri yol</b>					
Çocuk Şubeye/Polise	14	12.4	8	14.3	
Sosyal Hiz. Kurumuna	28	24.8	20	35.7	$\chi^2=12.644$
Aileyle İletişim	19	16.8	17	30.4	<b>p=0.013</b>
Pasif Kalmak	11	9.7	4	7.1	
Adli Rapor	41	36.3	7	12.5	

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaştıklarında zorlandıkları aşamaya göre karşılaştırılması Tablo 5'te sunulmuştur.

**Tablo 5.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Zorlandıkları Aşamaya Göre Karşılaştırılması

Çocuk İhmali ve İstismarı Durumunda Zorlanılan Aşama	Hekim		Hemşire ve Ebe		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Öykü Alma	75	66.4	32	57.1	1.373	0.241
Fizik Muayene	24	21.2	14	25.0	0.304	0.581
Kayıt Altına Alma	14	12.4	7	12.5	0.000	0.984
İlgili Kuruma Haber Verme	49	43.4	18	32.1	3.764	0.152
Polise Haber Verme	31	27.4	17	30.4	0.157	0.692
Diğer	1	0.9	2	3.6	1.550	0.213

Bir kişi birden fazla yanıt vermiştir.

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaştıklarında bildirim yapma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 6’da sunulmuştur.

**Tablo 6:** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Çocuk İhmali Ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşan Sağlık Çalışanlarının Bildirim Yapma Durumu	Hekim		Hemşire ve Ebe		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Bildirim Yapan	344	82.5	399	82.8	743	82.6
Bildirim Yapmayan	73	17.5	83	17.2	156	17.4
<b>Toplam</b>	<b>417</b>	<b>46.4</b>	<b>482</b>	<b>53.6</b>	<b>899</b>	<b>100.0</b>

\* Satır yüzdesi  $\chi^2=0.013$   $p=0.910$

\*\* Sütun yüzdesi

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaştıklarında bildirim yapmama nedenlerine göre karşılaştırılması Tablo 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapmama Nedenlerine Göre Karşılaştırılması

Çocuk İhmali ve İstismarı Durumunda Bildirim Yapmama Nedenleri	Hekim		Hemşire ve Ebe		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Sosyal servislere güvensizlik	5	6.8	9	10.8	6.758	0.384
Kendimin Çözeceğine İnançım	6	8.2	3	3.6	1.515	0.218
Uğraşmak İstememem	14	19.2	6	7.2	4.962	<b>0.026</b>
Yasal Süreçlere Ait Bilgi Eksikliği	36	49.3	51	61.4	2.317	0.128
Daha Kötü Duruma Sokma Korkusu	32	43.8	47	56.6	2.542	0.111
Yetersiz Kanıt	7	9.6	12	14.5	0.861	0.354
Ailesinde Ayırma Korkusu	14	19.2	19	22.9	0.321	0.571

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaştıklarında bildirim yapma yerlerine göre karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaştıklarında Bildirim Yapma Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Çocuk İhmali ve İstismarı Durumunda Bildirim Yapılan Yerler	Hekim		Hemşire ve Ebe		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Çocuk Şubeye/Polise	216	62.8	259	64.9	475	63.9
Hastane yönetimine	23	6.7	47	11.8	70	9.4
Sosyal Hiz. Kurumuna	33	9.6	51	12.8	84	11.3
Adli birimlere	53	15.4	24	6.0	77	10.4
Sağlık İl Müdürlüğüne	19	5.5	18	4.5	37	5.0
<b>Toplam</b>	<b>344</b>	<b>46.4</b>	<b>399</b>	<b>53.6</b>	<b>743</b>	<b>100.0</b>

\* Satır yüzdesi  $\chi^2=22.982$   $p=0.001$

\*\* Sütun yüzdesi

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarı konusunda prosedür/talimat bulunma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 9'da sunulmuştur.

**Tablo 9.** Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları Kurumda Çocuk İhmali Ve İstismarı Konusunda Prosedür/Talimat Bulunma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Kurumda Prosedür/Talimat Bulunma Durumu	Hekim		Hemşire ve Ebe		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	78	18.7	128	26.6	206	22.9
Yok	111	26.6	116	33.2	227	25.3
Bilmiyorum	228	54.7	238	49.4	466	51.8
<b>Toplam</b>	<b>417</b>	<b>46.4</b>	<b>482</b>	<b>53.6</b>	<b>899</b>	<b>100.0</b>

\* Satır yüzdesi  $\chi^2=7.802$   $p=0.020$

\*\* Sütun yüzdesi

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek ve alt gruplarından aldıkları puanlar Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10.** Sağlık Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Dağılımları	Hekim	Hemşire ve Ebe	P Değeri	
	Ort.±Sd	Ort.±Sd	t	p
Fiziksel Belirtiler	3.81±0.29	3.70±0.30	4.278	<b>0.001</b>
Davranışsal Belirtiler	3.71±0.36	3.60±0.38	4.272	<b>0.001</b>
İhmal Belirtiler	3.83±0.53	3.74±0.65	2.153	<b>0.032</b>
Ebeveyn Özellikler	3.43±0.42	3.27±0.46	5.400	<b>0.001</b>
Çocuk Özellikleri	3.41±0.49	3.21±0.50	6.169	<b>0.001</b>
Ailesel Özellikler	3.71±0.54	3.60±0.58	2.840	<b>0.001</b>
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.67±0.29</b>	<b>3.55±0.30</b>	6.153	<b>0.001</b>

t: student t test

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Tablo 11 incelendiğinde kadınların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puanı 3.60±0.30, erkeklerin puanı ise 3.63±0.31 olarak bulunmuştur.

**Tablo 11.** Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Dağılımları	Kadın	Erkek	P Değeri	
	Ort.±Sd	Ort.±Sd	t	p
Fiziksel Belirtiler	3.73±0.35	3.79±0.40	2.383	<b>0.017</b>
Davranışsal Belirtiler	3.65±0.37	3.66±0.39	0.334	0.738
İhmal Belirtiler	3.80±0.61	3.77±0.59	0.650	0.516
Ebeveyn Özellikler	3.32±0.46	3.38±0.43	1.852	0.064
Çocuk Özellikleri	3.29±0.51	3.32±0.50	0.702	0.483
Ailesel Özellikler	3.65±0.57	3.66±0.55	0.315	0.753
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.60±0.30</b>	<b>3.63±0.31</b>	1.447	0.148

t: student t test

Sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. Tablo 12 incelendiğinde evli sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puanı  $3.62\pm0.31$ , bekarların puanı ise  $3.61\pm0.29$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 12.** Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

<b>Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Dağılımları</b>	<b>Evli Ort.±Sd</b>	<b>Bekar Ort.±Sd</b>	<b>P Değeri</b>	
			<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Fiziksel Belirtiler</b>	3.76±0.38	3.61±0.29	0.490	0.624
<b>Davranışsal Belirtiler</b>	3.67±0.37	3.64±0.37	1.112	0.266
<b>İhmal Belirtiler</b>	3.78±0.60	3.82±0.60	0.991	0.322
<b>Ebeveyn Özellikler</b>	3.35±0.46	3.36±0.43	0.194	0.846
<b>Çocuk Özellikleri</b>	3.32±0.50	3.28±0.50	0.928	0.354
<b>Ailesel Özellikler</b>	3.67±0.56	3.66±0.57	0.141	0.888
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.62±0.31</b>	<b>3.61±0.29</b>	0.391	0.696

t:student t test

Sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 13’te verilmiştir. Tablo 13 incelendiğinde çocuğu olan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puanı  $3.67\pm0.57$ , çocuğu olmayanların puanı ise  $3.55\pm0.49$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 13.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Dağılımları	Çocuğu Var Ort.±Sd	Çocuğu Yok Ort.±Sd	P Değeri t	p
Fiziksel Belirtiler	3.76±0.38	3.70±0.35	1.446	0.149
Davranışsal Belirtiler	3.67±0.38	3.60±0.39	1.705	0.089
İhmal Belirtiler	3.77±0.60	3.80±0.58	0.561	0.575
Ebeveyn Özellikler	3.35±0.44	3.30±0.53	1.129	0.259
Çocuk Özellikleri	3.31±0.51	3.29±0.47	0.410	0.682
Ailesel Özellikler	3.67±0.57	3.55±0.49	1.908	0.057
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.67±0.57</b>	<b>3.55±0.49</b>	1.641	0.101

t: student t test

Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 14’te sunulmuştur. Tablo 14 incelendiğinde mezuniyet öncesi eğitim alan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek puanı 3.68±0.32, eğitim almayanların puanı ise 3.59±0.30 olarak bulunmuştur.

**Tablo 14.** Sağlık Çalışanlarının Mezuniyet Öncesi Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	Eğitim alan Ort.±Sd	Eğitim almayan Ort.±Sd	P Değeri t	p
Fiziksel Belirtiler	3.86±0.38	3.73±0.36	4.260	<b>0.001</b>
Davranışsal Belirtiler	3.71±0.39	3.64±0.37	2.194	<b>0.028</b>
İhmal Belirtiler	3.87±0.55	3.77±0.61	1.935	0.053
Ebeveyn Özellikler	3.39±0.45	3.34±0.45	1.226	0.221
Çocuk Özellikleri	3.35±0.50	3.29±0.51	1.454	0.146
Ailesel Özellikler	3.74±0.55	3.64±0.56	2.064	<b>0.039</b>
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.68±0.32</b>	<b>3.59±0.30</b>	3.490	<b>0.001</b>

t: student t test

Sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının dağılımları Tablo 15’te verilmiştir.

**Tablo 15.** Sağlık Çalışanlarının Mezuniyet Sonrası Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	Eğitim Alan Ort.±Sd	Eğitimi Almayan Ort.±Sd	P Değeri	
			t	p
Fiziksel Belirtiler	3.79±0.34	3.75±0.37	0.954	0.341
Davranışsal Belirtiler	3.69±0.34	3.75±0.37	0.933	0.351
İhmal Belirtiler	3.96±0.55	3.77±0.60	2.793	<b>0.005</b>
Ebeveyn Özellikler	3.44±0.41	3.34±0.45	1.898	0.058
Çocuk Özellikleri	3.43±0.49	3.29±0.51	2.402	<b>0.017</b>
Ailesel Özellikler	3.76±0.60	3.64±0.56	1.817	0.070
Genel Ölçek Puanı	<b>3.69±0.31</b>	<b>3.60±0.30</b>	2.432	<b>0.015</b>

t: student t test

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaşma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 16’da sunulmuştur.

**Tablo 16.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Dağılımları	Vakayla Karşılaşan Ort.±Sd	Vakayla karşılaşmayan Ort.±Sd	P Değeri	
			t	p
Fiziksel Belirtiler	3.85±0.36	3.73±0.37	3.781	<b>0.001</b>
Davranışsal Belirtiler	3.74±0.35	3.63±0.38	3.382	<b>0.001</b>
İhmal Belirtiler	3.82±0.62	3.78±0.59	0.916	0.360
Ebeveyn Özellikler	3.38±0.46	3.34±0.44	1.156	0.248
Çocuk Özellikleri	3.36±0.55	3.29±0.49	1.746	0.081
Ailesel Özellikler	3.83±0.51	3.61±0.56	4.646	<b>0.001</b>
Genel Ölçek Puanı	<b>3.69±0.31</b>	<b>3.59±0.59</b>	4.044	<b>0.001</b>

t: student t test

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakalarında bildirim yapma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 17’de sunulmuştur.

**Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Vakalarında Bildirim Yapma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	Bildirim Yapan Ort.±Sd	Bildirim Yapmayan Ort.±Sd	P Değeri	
			t	p
Fiziksel Belirtiler	3.77±0.37	3.67±0.36	3.071	<b>0.002</b>
Davranışsal Belirtiler	3.67±0.37	3.57±0.40	2.794	<b>0.005</b>
İhmal Belirtiler	3.81±0.59	3.66±0.62	2.862	<b>0.004</b>
Ebeveyn Özellikler	3.34±0.45	3.37±0.45	0.784	0.433
Çocuk Özellikleri	3.31±0.51	3.25±0.49	1.509	0.132
Ailesel Özellikler	3.69±0.56	3.50±0.53	3.890	<b>0.001</b>
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.62±0.30</b>	<b>3.53±0.30</b>	3.313	<b>0.001</b>

t: student t test

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarı konusunda prosedür/talimat bulunma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 18’de sunulmuştur.

**Tablo 18. Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları Kurumda Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Prosedür/Talimat Bulunma Durumlarına Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	Prosedür/Talimat Var Ort.±Sd	Prosedür/Talimat Yok Ort.±Sd	Prosedür/Talimat Bilinmiyor Ort.±Sd	P Değer	
				Fp	Fp
Fiziksel Belirtileri	3.74±0.32	3.75±0.36	3.76±0.39	<b>0.200</b>	<b>0.819</b>
Davranışsal Belirtiler	3.67±0.37	3.68±0.37	3.63±0.39	<b>1.291</b>	<b>0.275</b>
İhmal Belirtiler	3.84±0.61	3.79±0.59	3.76±0.60	<b>1.290</b>	<b>0.276</b>
Ebeveyn Özellikler	3.39±0.45	3.33±0.48	3.33±0.43	<b>1.324</b>	<b>0.266</b>
Çocuk Özellikleri	3.37±0.49	3.24±0.54	3.30±0.49	3.480	<b>0.031</b>
Ailesel Özellikler	3.68±0.56	3.66±0.54	3.64±0.57	0.461	0.631
<b>Genel Ölçek Puanı</b>	<b>3.63±0.28</b>	<b>3.61±0.30</b>	<b>3.60±0.31</b>	0.816	0.442

F: OneWayAnova Testi



## 6. TARTIŞMA

Bu bölümde Elazığ il merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörleri saptamak amacı ile yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %46.4'ünü hekimler, %53.6'sını hemşire ve ebeler oluşturmuştur. Araştırma sonuçlarına göre araştırma kapsamına giren hekimlerin %61.2'si erkek olarak bulunurken, hemşire ve ebelerin ise %81.3'ü kadın olarak bulunmuştur (Tablo 2). Hekimlik mesleğinde erkek ve kadın üyelerin olmasına karşın, hekim dışı sağlık çalışanlarının çoğunluğunu oluşturan hemşirelik ve ebelik meslek gruplarının %81.3'ünün kadından oluşması aslında beklenen bir durumdur. Çünkü ebelik mesleği sadece kadınlardan oluşmaktadır, hemşirelik mesleği ise son yıllarda cinsiyetle ilgili pek çok değişikliğe uğramasına rağmen, ulusal ve uluslararası alanda hala çok küçük bir erkek yüzdesine sahiptir (80).

Araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %61.4'ü 33-44 yaş grubunda iken, hemşire ve ebelerin ise %52.7'si 18- 32 yaş grubu arasında bulunmuştur (Tablo 2). Bu dağılım hekimlerin, hemşire ve ebelere göre daha uzun süreli eğitim görmelerinden ve mesleğe daha geç yaşta başlamalarından kaynaklanabilir. Buna bağlı olarak hemşire ve ebelerin daha genç yaşta mesleğe başlamaktadır. Aynı zamanda özel kurumların genellikle yeni mezun ve genç yaştaki hemşire ve ebeleri tercih etmeleri de bu grubun genç yaşta bulunmasının nedeni olarak söylenebilir. Kocaer'in, Uysal'ın, Bahçecik'in ve Altunsu'nun çalışması da bu anlamda çalışmamızla uyumluluk göstermektedir (18,33,75,81).

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %76.3'ü, hemşire ve ebelerin ise % 61.0'i evli olarak bulunmuştur (Tablo 2). Uysal'ın ve Kocaer'in tez çalışmaları sonuçlarımıza göre daha yüksek dağılım göstermektedir (18,75). Araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %85.1'i , hemşire ve ebelerin ise %84.6'sı 1 ya da daha fazla çocuğa sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Hemşire ve ebelerin eğitim durumlarına bakıldığında % 46.3'ünün lisans ve üzeri mezunu, %30.9'unun ön lisans mezunu ve %22.8'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Kocaer'in tez çalışmasında hemşirelerin %36,8'i sağlık meslek lisesi, % 58,1'i ön lisans ve % 5,1'i lisans mezunu olduğu ifade edilmiştir (75). Sağlık kurumlarında lisans ve üzeri hekim dışı sağlık çalışanlarının diğer çalışmalara göre yüksek oranda yer alması sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi açısından oldukça sevindirici ve umut vericidir.

Meslekte çalışma sürelerine göre dağılımlarında; hekimlerin %73.4'ü, hemşire ve ebelerin ise %62.7'si 6 yıl ve üzeri çalışmıştır (Tablo 2). Uysal'ın çalışmasında da hemşirelerin, %70.1'i 11 yıl ve daha uzun süredir meslekte çalışmaktadır (18). Kocaer'in çalışmasında da hekimlerde 6 yıl ve üzeri çalışan oranı %89.7, hemşirelerde ise %90.5 olarak belirtilmiştir. Araştırmamız bu çalışmalarla paralellik göstermektedir (75).

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %44.8'i üniversite hastanelerinde; hemşire ve ebelerin ise %58.9'u Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda görev yapmaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya alınan sağlık çalışanlarının %64.6'sı dahili alanlarda, %31.9'u cerrahi alanlarında ve %3.4'ü i ise temel tıp alanlarında görev yapmaktadır.

Sağlık çalışanlarının nöbet tutma durumlarına bakıldığında hekimlerin %54.2'si, hemşire ve ebelerin ise %58.7'si nöbet tutmaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya alınan sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumları sorulduğunda hekimlerin %22.3'ü, hemşire ve ebelerin ise %13.5'i eğitim aldıklarını ifade etmiştir (Tablo 3). Öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumu hekimlerde hemşire ve ebelere oranla daha yüksek bulunmuştur. Mezuniyet öncesi eğitim alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kocaer'in hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı tez çalışmasında hekimlerin %48.6'sı, hemşirelerin ise %27.9'u öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim aldıkları saptanmıştır(75). Uysal'ın hemşire ve ebeler üzerinde yaptığı tez çalışmasında ise hemşirelerin %23.1'inin, ebelerin %28.6'sının eğitimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusyla ilgili bilgi aldıkları belirtilmiştir (18). Altunsu'nun hemşireler üzerinde yaptığı tez çalışmasında hemşirelerin istismar ile ilgili bilgi kaynağının %31.3'ünün dersler olduğu belirtilmiştir (33). Araştırmamızdaki bu oranın düşüklüğü mezuniyet öncesinde tıp ve hemşirelik /ebelik eğitiminde çocuk ihmali ve istismarı konusunda verilen eğitimin yeterli ve standart olmadığını düşündürmektedir.

Mezuniyet öncesi eğitim alan sağlık çalışanlarından hekimlerin % 59.1'i , hemşire ve ebelerin ise %49.2'si çocuk ihmali ve istismarı konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ifade etmiştir. Hekimler bu konuyu psikoloji/çocuk psikolojisi dersinde, hemşire ve ebeler ise çocuk sağlığı dersinin içinde entegre bir konu olarak aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3). Bu düzeyde alınan eğitimin sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda etkinlik kazanmasından yeterli

olmayacağını düşündürmektedir. Kocaer'in ve Uysal 'ın sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları tez çalışmasında da araştırma uyumlu sonuçlarımızla elde edilmiştir (18,75).

Mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitime katılma oranı hekimlerde %10.6, hemşire ve ebelerde ise %7.9 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kocaer'in yaptığı tez çalışmasında hekimlerin %7.5'i ve hemşirelerin %5.9'u; Uysal'ın yaptığı tez çalışmasında ise hemşirelerin %10.4'ünün mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim almadıkları belirtilmiştir (18,75). Araştırma sonuçlarımız bu çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %59.1'i ve hemşire ve ebelerin %63.2'si mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı konusundaki eğitimi sertifikasız seminerlerle aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili aldıkları mezuniyet sonrası eğitimi hekimlerin %56.8'i, hemşire ve ebelerin ise %78.9'u yeterli bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 3). Bu bulgular, çocuk ihmali ve istismarı vakalarıyla karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası dönemde eğitim etkinliklerinin artırılmasını vurgulamak açısından son derece önemlidir.

İş yaşamı süresince hekimlerin %27.0'ı, hemşire ve ebelerin ise %11.6'sı çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaştıklarını ifade etmiştir (Tablo 4). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Uysal'ın tez çalışmasında da hemşirelerin %28.4'ünün ihmal ve istismar vakasıyla karşılaştığı

belirtilmiştir (18). Kocaer'in çalışmasında hekimlerin %52.8'i, hemşirelerin ise %30.1'i çocuk ihmal ve istismar vakasıyla karşılaştığını belirtmiştir (75). Altinsu'nun çalışmasında hemşirelerin %51.8'i ihmal edilen çocukla, %38.4'ü ise istismar edilen çocukla karşılaştıklarını ifade etmiştir (33). Araştırma sonuçlarımız bu üç çalışmadaki sağlık çalışanlarının ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma yüzdelerinden düşük düzeyde bulunmuştur. Bu durum sağlık çalışanlarının hangi vakaların ihmal ve istismara girdiğini belirleyememesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çocuk ihmal ve istismar vakalarıyla karşılaşan sağlık çalışanlarının %8.9'u hiçbirşey yapmama gibi pasif davranış içinde bulunurken sadece %28.4'ü karşılaştığı vakaya adli rapor hazırlamıştır. Adli rapor hazırlama oranı hekimlerde %36.3'ü, hemşire ve ebelerinde ise %12.5'dir (Tablo 4). Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin %5.3'ünün karşılaştığı olayı adli vaka olarak bildirdiği belirtilmiştir (18). Araştırma sonuçlarımız bu çalışmaya göre yüksek bulunmuştur.

Mesleki yaşantısında çocuk ihmal ve istismar vakası ile karşılaşan sağlık çalışanlarının bu aşamada zorlandıkları konular sorgulandığında; hekimlerin %66.4'ü öykü alma, %43.4'ü ilgili kuruma haber verme olduğunu, hemşire ve ebelerin ise %57.1'i öykü alma, %32.1'i ilgili kuruma haber verme olduğunu belirtmiştir (Tablo 5). Kocaer'in tez çalışmasında hekimlerin %47.4'ü, hemşirelerin %40.9'u ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (75). Kara'nın hekimler üzerinde yaptığı tez çalışmasında çocuk ihmal ve istismar vakasıyla karşılaşan hekimlerin %41.1'i öykü ve anamnez aşamasında, %58.1'i ise gerekli kurumlarla iletişim/yasal süreçte sorun yaşadıklarını ya da yetersiz kaldıklarını ifade etmişlerdir (32). Al-Moosa ve arkadaşlarının çalışmasında pediatristlerin %80'den

fazlasının olası ihmal ve istismar olguları ile ilgili yasal süreçte neler yapacaklarını bilmedikleri belirtilmiştir (81). Bu sonuçlar araştırmamızla benzer bulunmuştur. Araştırmamızda ve diğer çalışmalarda ilgili kurumlara rapor etmede yetersiz kalınmasının yüksek yüzde ile bulunması, çocuk ihmali ve istismarının bildirimine yönelik yasal sürecin doğru olarak bilinmemesinden kaynaklanabilir.

Çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşıldığında hekimlerin %82.5'i, hemşire ve ebelerin ise %82.8'i bildirim yapmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 6). Bildirimi düşünme durumlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kocaer'in tez çalışmasında hekimlerin %95.3'ü, hemşirelerin ise %92.7'si çocuk ihmali ve istismar vakarında bildirim yapmayı düşündüklerini belirtmiştir (75). Altınsu'nun çalışmasında hemşirelerin %84.4'ünün ihmal ve istismar vakarlarında bildirimde bulunacağı belirtilmiştir (33). Garrusi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %65'inin istismar olgusu ile karşılaştığı, buna karşılık sadece %4.5'inin bildirimde bulunduğu belirtilmiştir (82). Lazenbatt ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada grubun %60'ı meslek hayatlarında istismar olgusu ile karşılaştığını fakat sadece %47'sinin bildirim yaptığı belirtilmiştir (83). Araştırmamızda bildirim düşünme oranı Kocaer'in ve Altınsu'nun çalışmasından düşük, diğer çalışmalardan yüksek oranda bulunmuştur (33,75). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakalarını bildirim zorunluluğu bulunmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarının bildirim yükümlülüğü Türk Hukuk Sisteminde (T.C.K. Madde 280) açık olarak bildirilmiştir (84).

Çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaşan sağlık çalışanlarının “neden bildirim yapmazsınız?” sorusuna hekimlerin %49.3'ü ve hemşire ve ebelerin ise %61.4'ü konuya ilişkin yasal süreçlere ait bilgisinin olmadığı yanıtını vermiştir

(Tablo 7). Kocaer'in tez çalışmasında hekimlerin %60'ı, hemşirelerin ise %40'ı çocuk ihmal ve istismarı vakalarıyla karşılaştığında yasal sürece ait bilgilerinin olmadığını ve bu nedenle bildirim yapmadıklarını belirtmiştir (75). Kara'nın tez çalışmasında hekimlerin bildirimde bulunmama nedenlerinin başında; çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamalarının (%78.3) ve nereye bildirim yapacaklarını bilmemelerinin (%68.7) geldiği belirlenmiştir (32). Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçları ile uyumludur. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar bulgularını tanıma ve olguyu yönetme açısından önemli eksikliklerinin olduğunu göstermektedir.

Uysal'ın tez çalışmasında hemşirelerin ihmal ve istismar vakaları ile karşılaştığında bildirmeme sebebi olarak; aile içi meselelere karışmama isteği, çocuğun rapor sonrası zarar göreceği düşüncesi ve koruyucu kurumların yetersizliği belirtilmiştir (18). Flaherty ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada; hekimlerin çocuk ihmal ve istismar sorununu bildirmeme nedeninin aile içinde daha iyi çözümlenebileceğine inanmaları olarak belirlenmiştir (87). İsveç'te çocuk sağlığını koruma merkezlerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada çocuk ihmal ve istismar vakalarıyla karşılaştıklarında neden bildirimde bulunmadıkları sorulduğunda; yeterli kanıt olmadığı, konuya ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, çocuğu şimdiki durumdan daha kötü bir duruma düşürebilecekleri ve kendisinden önce olayın rapor edilmiş olduğunu düşündüklerinden bildirim yapmadıkları belirlenmiştir (13). Bu çalışmalarda çocuk ihmal ve istismarını bildirmeme konusunda ortak açıklamaların başında aile içi meselelere karışmama ve çocuğu daha kötü bir duruma düşürme korkusu gelmektedir.

Bildirim yapmayı düşünen sağlık çalışanlarının nereye bildirim yapacakları sorulduğunda hekimlerin %62.8'i, hemşire ve ebelerin ise %64.9'u çocuk şubeye/polise bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 8). Bildirim yapma yerlerine göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kara'nın tez çalışmasında hekimlerin %60.2'si adli raporla, %10.5'i Cumhuriyet Savcılığına yazılı, %30.4'ü sosyal hizmet kurumuna,%38.5'i polise bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir (32). Canbaz ve arkadaşların hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin %60'mın adli rapor düzenlediği, %50'sinin Cumhuriyet Savcılığına yazılı olarak bilgilendirme yaptığını, %40'mın sosyal hizmet kurumlarına ve %20'sinin polise bildirimde buldukları belirtilmiştir (15). Shor'un çalışmasında hekimler genellikle sosyal hizmet kurumlarına bildirim yapmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (86). Araştırmamızda sağlık çalışanları daha çok çocuk şubeye/ polise bildirmeyi düşünmektedir, bu bağlamda diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarına yönelik talimat/prosedür varlığı sorusuna hekimlerin %18.7'si, hemşire ve ebelerin ise %26.6'sı evet yanıtı vermiştir. Hekimlerin %54.7'si, hemşire ve ebelerin ise %49.4'ü bu soru karşısında bilmiyorum yanıtını vermiştir (Tablo 9). Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarı konusunda prosedür/talimat bulunma durumlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kocaer'in tez çalışmasında hekimlerin %58.9'u, hemşirelerin ise %65.2'si çalıştıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarı konusunda talimat/prosedür olmadığını belirtmiştir (75). Çalıştıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarı konusunda prosedür/talimat olduğunu belirten hekimlerin %67.9'u, hemşire ve ebelerin ise %78.9'u bu prosedür/talimatın yeterli olduğunu belirtmiştir.



Kocaer'in çalışmasında çalıştıkları kurumda talimat/prosedür olduğunu belirten hekimlerin %75.0'i, hemşirelerin ise %77.8'i bunun yeterli olduğunu belirttikleri ifade edilmiştir (75). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına ilişkin çalıştıkları kurumda talimat/prosedürlerin varlığı sorusuna "hayır" ya da "bilmiyorum" şeklinde yanıt verenlerin %50'den fazla olması bu konudaki ciddi derecede bilgi eksikliğini göstermektedir.

Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği genel ölçek puanları hemşire ve ebeler göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Genel ölçek puanından hekimler ortalama  $3.67 \pm 0.29$  alırken, hemşire ve ebeler  $3.55 \pm 0.30$  puan almışlardır. Kocaer'in çalışmasında hekimlerin genel ölçek puanı 3.92, hemşirelerin ise 3.74 olarak belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında hemşirelerin genel ölçek puanının 3.73 olduğu belirtilmiştir (18). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeğinden alınması gereken maximum değer 5.0 iken, araştırmamızda ve diğer araştırmalarda bu puana ulaşamamıştır. Bu sonuçlar bize grupların bilgi eksikliğini göstermektedir.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği alt gruplarından olan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçek maddeleri ortalama puanları hekim grubunda hemşire ve ebeler göre anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 10). İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinden hekimler  $3.81 \pm 0.29$  puan, hemşire ve ebeler ise  $3.70 \pm 0.30$  puan almışlardır. Kocaer'in tez çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinden hekimlerin  $3.83 \pm 0.38$  puan, hemşirelerin ise  $3.77 \pm 0.37$  puan aldıkları belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerinden  $3.82 \pm 0.38$  puan aldıkları belirtilmiştir (18). Araştırma sonuçlarımız bu

çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çocuk ihmal ve istismarında fiziksel istismar sonucu oluşan ekimozlar, yanıklar, yumuşak doku hasarları, zehirlenmeler, gelişim gerilikleri gibi belirtiler her zaman kesin tanıya yol gösteren ve kolay tanımlanabilen belirtilerdir. Sağlık çalışanlarının puan ortalamalarının düşük olması aldıkları öyküde bu belirtileri tanıyamamalarından kaynaklanabilir.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği alt gruplarından çocuktaki davranışsal belirti puanları ile gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Çocuk istismarına ilişkin çocukların davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden hekimler ortalama  $3.71\pm 0.36$ , hemşire ve ebeler ise  $3.60\pm 0.38$  puan almışlardır. Kocaer'in tez çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden hekimlerin  $3.85\pm 0.45$  puan, hemşirelerin ise  $3.87\pm 0.49$  puan aldıkları belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden  $3.92\pm 0.39$  puan aldıkları belirtilmiştir (18). Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda ihmal ve istismara uğrayan çocukların uyku problemleri, aşırı irkilme, irritabilite, aşırı güvensizlik, suçluluk hissi, düşük benlik değeri gibi davranış kalıplarına büründüklerine dikkat çekmektedir. İstismara uğrayan çocukların okul başarısı da yakından etkilenmektedir (28) . Kars'ın ilkökul çocukları üzerinde yaptığı çalışmasında çocuk ihmal ve istismarı ile okul başarısı arasındaki ilişki anlamlı bulunduğu belirtilmiştir (88).

İhmalin çocuk üzerindeki belirti puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Hekimler ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinden  $3.83\pm 0.53$  puan alırken, hemşire ve ebeler  $3.74\pm 0.65$  puan almışlardır. Kocaer'in tez çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtilerinden

hekimlerin  $3.54 \pm 0.39$  puan, hemşirelerin ise  $3.41 \pm 0.52$  puan aldıkları belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden  $4.03 \pm 0.71$  puan aldıkları belirtilmiştir (18). Araştırmamızda ihmal belirtileri alt ölçek maddelerinden grubumuzun Kocaer'in çalışmasına göre yüksek ortalamaya, Uysal'ın çalışmasından ise düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddeleri puanlarına göre gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 10). İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimler  $3.43 \pm 0.42$ , hemşire ve ebeler ise  $3.27 \pm 0.46$  puan almışlardır. Kocaer'in tez çalışmasında istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimlerin  $3.34 \pm 0.48$  puan, hemşirelerin ise  $3.13 \pm 0.70$  puan aldıkları belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddelerinden  $3.41 \pm 0.47$  puan aldıkları belirtilmiştir (18). Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Aşırı ısrarcı olan ebeveynler, annenin yaşı, madde kullanımı, eğitim düzeyi, fiziksel ve mental sorunları olan ebeveynler, olgunlaşmamış kişiliğe sahip olan ebeveynler çocuk ihmal ve istismarı için risk faktörleri olarak belirtilmektedir (28). Altınsu'nun çalışmasında %79.5 oranında anne ve babadaki psikotik sorunların, %67 oranında tek ebeveynliliğin, %61.6 oranında eşler arası geçimsizliğin ve %60.7 oranında genç yaşta ebeveynliğin çocuk ihmali ve istismarına yol açan ebeveynlere ait faktörler olduğu saptanmıştır (33).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddeleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 10). İstismar ve ihmale yatkın

çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimler  $3.41\pm 0.49$ , hemşire ve ebeler ise  $3.21\pm 0.50$  puan almışlardır. Her iki grupta tüm alt ölçek maddeleri içinde en düşük puanı bu gruptan almışlardır. Kocaer'in tez çalışmasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimlerin  $3.77\pm 0.48$  puan, hemşirelerin ise  $3.72\pm 0.55$  puan aldıkları belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden  $3.03\pm 0.73$  puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın çalışmasında da hemşireler en düşük puanı bu alt ölçek maddelerinden almışlardır (18). Sidebotham ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük doğum ağırlıklı, istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelen, fiziksel ve mental problemi olan, çok ağlayan ve hastalanan bebeklerin daha fazla ihmal ve istismara uğradığı saptanmıştır (89). Browne'nin çalışmasında çocuklarını ihmal ve istismar eden ve etmeyen aileleri karşılaştırmış; çocuklarını istismar eden ailelerin bebeklerinin %21.7'si prematüre olarak saptanmıştır (90). Sibert ve arkadaşlarının 1 yaşın altındaki bebeklerde istismar görülme sıklığını araştırdıkları çalışmalarında 1 yaşın altındaki bebeklerde istismara uğrama oranı 1-4 yaş arasındakilere göre 6 kat, 5-13 yaş arasındakilere göre ise 120 kat daha fazla bulunduğu belirtilmiştir (91).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddeleri ortalama puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Çocuk istismarı ve ihmaliine ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden hekimlerin aldığı puan ortalaması  $3.71\pm 0.54$ , hemşire ve ebelerin ise  $3.60\pm 0.58$  puan aldıkları bulunmuştur. Kocaer'in tez çalışmasında çocuk istismar ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden hekimlerin  $3.71\pm 0.31$ , hemşirelerin ise  $3.61\pm 0.33$  puan aldıkları belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin çocuk

istismar ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden  $4.05 \pm 0.59$  puan aldıkları belirtilmiştir (18). Araştırmamız sonuçları konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Şirin ve Keleş'in annelerin çocuklarını istismar etmesini etkileyen faktörlerin incelenmesi adlı çalışmalarında; annelerin yaşı, gelir durumları, sahip olunan çocuk sayısı, anne ya da babanın çalışma durumu, annelerin eşleriyle olan ilişkileri açısından anlamlı bir ilişki bulunmuştur (92). Tercan'ın çalışmasında da çocukların fiziksel istismara uğramaları ile ailenin sosyo ekonomik durumu karşılaştırıldığında; üst sosyo ekonomik düzeye doğru çıktığında çocuğun istismara uğrama oranının azaldığı belirlenmiştir (93).

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ). Erkek çalışanlar çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeğinden ortalama  $3.63 \pm 0.31$  puan alırken, kadın çalışanlar  $3.60 \pm 0.30$  puan almışlardır (Tablo 11). Kocaer'in çalışmasında da kadın hekimler erkek hekimlerden yüksek puan aldığı belirtilmiştir (75). Sadece çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanından fiziksel belirtiler erkek sağlık çalışanlarında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Kadınların çocuklarla daha fazla ilişkide olmaları düşünülürse araştırmamızın sonuçları şaşırtıcıdır.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 12). Evli sağlık çalışanlarında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı  $3.62 \pm 0.31$  olarak bulunurken, bekar sağlık çalışanlarında  $3.61 \pm 0.29$  olarak

bulunmuştur. Kocaer'in tez çalışmasında da evli hemşireler ortalama 3.61 alırken bekar hemşirelerin 3.33 puan aldıkları ifade edilmiştir (75). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen bekar sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin az da olsa daha düşük olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 13). Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı  $3.67\pm 0.57$  olarak bulunurken, çocuk sahibi olmayan sağlık çalışanlarının puan ortalamaları  $3.55\pm 0.49$  olarak bulunmuştur. Araştırmamızda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmasa da çocuk sahibi olma durumuna göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeğinden alınan ortalama genel ölçek puanı artmaktadır. Uysal'ın tez çalışmasında da hemşirelerin çocuk sayılarına göre ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ama 1 çocuk sahibi olan hemşirelerin puan ortalaması olarak  $3.65\pm 0.33$ , bulunurken 2 ve daha fazla çocuk sahibi olan hemşirelerin ortalama olarak  $3.76\pm 0.32$  puan aldıkları belirtilmiştir (18). Araştırmamız konu ile ilgili diğer çalışmalarla uyumludur.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 14). Eğitim aldıklarını belirten sağlık çalışanları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama

ölçeği alt gruplarından fiziksel belirtiler ( $p=0.001$ ), davranışsal belirtiler ( $p=0.028$ ) ve ailesel özellikler ( $p=0.0039$ ) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kocaer ve Uysal'ın tez çalışmalarında sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi öğrenimleri sırasında çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (18,75). Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası öğrenimleri sırasında çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Eğitim aldıklarını belirten sağlık çalışanları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği alt gruplarından ihmal belirtileri ( $p=0.005$ ) ve çocuk özellikler ( $p=0.017$ ) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kocaer ve Uysal'ın tez çalışmalarında sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası öğrenimleri sırasında çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (18,75). Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 16). Çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması

ölçek puanı  $3.69\pm 0.31$  iken, çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaşmayan sağlık çalışanlarının puanı  $3.59\pm 0.59$  olarak bulunmuştur. Çocuk ihmali ve istismarı vakasıyla karşılaştığını belirten sağlık çalışanları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği alt gruplarından fiziksel belirtiler ( $p=0.001$ ), davranışsal belirtiler ( $p=0.001$ ) ve ailesel özellikler ( $p=0.001$ ) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kocaer'in hekimlerde ve hemşireler üzerinde yaptığı tez çalışmasında çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirtilmiştir (75). Uysal'ın çalışmasında da vakayla karşılaşma durumu ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (18). Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı vakalarında bildirim yapma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 17). Bildirim yapmayı düşünenlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması ölçek puanı  $3.62\pm 0.30$ , bildirimde bulunmayı düşünmeyenlerin ortalama puanı ise  $3.53\pm 0.30$  olarak bulunmuştur. Kocaer'in çalışmasında hekimlerde ve hemşirelerde çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek ortalama puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumunda bildirimde bulunmaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (75). Araştırmamız bu çalışmayla benzer sonuçları vermemektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının yasal süreçlere ait bilgi eksikliğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.



Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarı konusunda prosedür/talimat bulunma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 18). Kocaer'in yaptığı tez çalışmasında hekimlerin ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek ortalama puanı ile çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik prosedür/talimat bulunması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (75). Araştırmamızın sonuçları, konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

Sonuç olarak yapmış olduğumuz bu araştırmada;

- Araştırma grubunun öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alım düzeyi hekimlerde daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Alınan eğitimin yeterliliği konusunda sağlık çalışanlarının verdiği yanıt istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Sağlık çalışanlarının mezuniyet sonrası eğitim alma durumları arasında istatistiksel anlamda önemli farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Mezuniyet sonrası eğitim alan hekim, hemşire ve ebelerin eğitimin yeterliliği konusunda verdikleri yanıt istatistiksel anlamda önemli farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Vakayla karşılaşma durumları incelendiğinde sağlık çalışanları arasında hekimler daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Çalıştıkları kurumda çocuk ihmali ve istismarına ilişkin prosedür ya da talimat olma durumları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

- Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği genel puan ortalamaları hemşire ve ebelere göre anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği alt gruplarından olan istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri puanları hekim grubunda hemşire ve ebelere göre anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ve ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0,05$ ). İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri puanı hekim grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İstismara ve ihmale yatkın çocukların özellikleri puanları hekim grubunda hemşire ve ebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ); çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0,05$ ).
- Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı cinsiyetlere, medeni durumlarına, çocuk sahibi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).
- Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı öğrenimleri sırasında eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ).

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). İş yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali veya şüphesi ile karşılaşan sağlık çalışanlarının ölçek puanı ile bildirim düşünme durumu arasında istatistiksel anlamda önemli farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda prosedür varlığı ya da bu prosedürün yeterliliği ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi eğitim programlarında çocuk ihmali ve istismarı konusuna ayrıntılı bir biçimde yer verilmelidir.
- Sağlık çalışanları çocuk ihmal ve istismarını tanıyabilmek için çok iyi bir gözlemci olmalı ve çocuğun büyüme ve gelişme sürecini çok iyi bilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarına yönelik farkındalıklarını geliştirecek mezuniyet sonrası eğitim faaliyetlerine katılmaları kurumları tarafından desteklenmeli ve zorunlu kılınmalıdır. Yapılacak eğitim faaliyetleri hizmet içi eğitimler şeklinde ve sürekli yapılmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB ve Lozana R (Ed). World Report on Violence and Health, Geneva: World Health Organization, 2003.
2. Şanyüz Ö. Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2009.
3. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımlar 1. İstanbul: Seçkin Yayınları, 2007.
4. World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf) 25.08.2011.
5. Kepenekçi Y. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 3: 262- 275.
6. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Violent and Abusive Behavior. Healthy People 2000, 225- 47.
7. Pinheiro PS. World Report on Violence Against Children. UN, Geneva, 2006.
8. U.S. Department of Health and Human Services. . Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: Final Report (NIS-3). Washington, DC: US Government Printing Office, 1996.
9. Oral R, Yavuz S, Can D. Bir Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğinde Çocuk İstismarı Sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997; 22(2): 137-144.
10. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Sar V ve ark. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(2): 69-78
11. Özcebe H. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İstismar Bildirimi ve Karşılaşılan Güçlükler. Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Kongresi, Ankara, 2009.
12. Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. Caring For Maltreated Children: A Challenge For Health Care Education. Jou Adv Nurs 2002; 37: 551–557.
13. Sundell K. Child-Care Personnel's Failure to Report Child Maltreatment: Some Swedish Evidence. Child Abuse and Neglect 1997, 21(1):93-105.
14. Armstrong KL, Wood D. Can Infant Death From Child Abuse Be Prevented?. Med J Aust 1991; 155: 593– 596.
15. Canbaz S, Turla A, Aker S, Peşken Y. Samsun Merkez Sağlık Ocağı'nda görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. Sted Dergisi 2005; 14(11): 241-246.

16. Arıkan D, Çelebioğlu A, Yaman S. Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Hemşirelerin Bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000, 3(2):29-35.
17. Açıık Y, Deveci SE, Oral R. Level Of Knowledge and Attitude Of Primary Care Physicians In Eastern Anatolian Cities In Relation To Child Abuseand Neglect. Prev Med 2004; 39: 791-797.
18. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. İzmir; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
19. Tercan M. Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1995.
20. Çakıcı E. Çocuk İstismarının Öfke İfade Tarzına Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Çocuk İstismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 47(2):140-151.
22. Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Hırpalanmış Çocuk Sendromu. Çocuk Hastalığı Hemşireliği, Düzeltilmiş 2. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul,1998.
23. Kempe H. A B C Of Child Abuse. Br Med J 1989; 26: 1-10.
24. Felthous AR. Psychosocial Dynamics Of Child Abuse. J Forensic Sci 1984; 29(1) :219-236.
25. Garbarino J, Gilliam G. Under standing Abusive Families, Lexington Books, Lexington. 1980.
26. Bartholdsson Ö. Corporal Punishment Of Children And Change Of Attitudes, A Cross-Cultural Study, Save The Children Sweden. 2001
27. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımlar 2. İstanbul: Seçkin Yayınları. 2007.
28. Dikmen A, İnce H, Küntay E. Ve ark. Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmali ve İstismarı El Kitabı. Öztürk M. (Hazırlayan). 1. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi, Çocuk Vakfı Yayınları, İstanbul, 2011.
29. Prevention of Child Maltreatment. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/neglect/en/print.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html) . 25.08.2012.
30. Giardino AP, Christian WC, Giardino RE. A practical guide to die evaluation of child physical abuse and neglect. The Nurse Proctitioner 1997; 22(10):137.
31. Goldman LR, Gargiulo MR. Children at risk: An İnter disciplinary Approach to Child Abuse And Neglect, 1990.

32. Kara Ö. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2010.
33. Altunsu B. Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.
34. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA. "Çocuk İstismarı ve İhlali" . <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/7.html>, 28.07.2012
35. Akduman GG, Yaşar ZF. Çocuk İhmali-İstismarı ve Adli Diş Hekimliği. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007,6(5):389-394. [http://www.korhek.org/khb/khb\\_006\\_05-389.pdf](http://www.korhek.org/khb/khb_006_05-389.pdf)
36. Turla A. Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularına Tıbbi Yaklaşım. OMÜ Tıp Dergisi,2002, 19(4):291-300.
37. Giangiacomo J, Barkett KJ. Ophthalmoscopic Findings In Occult Child Abuse. J Pediatr Ophthamol Strabismus 1985; 22(6): 234-237.
38. Aypar E, Yurdakök K. Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi, 2003; 25(5-6): 812-827
39. Karakuş M, İnce H, İnce N. Türkiye'de Filisid Olguları. İstanbul Tıp Mecmuası, 2002; 65(3):194-197.
40. Alikashiçoğlu M. Fiziksel İstismar. İstanbul Tabip Odası Süreli Bilimsel Yayını, 2002; 15(2): 149-153.
41. Preventing Child Maltreatment in Europe: A Public Health Approach Policy Briefing". <http://www.euro.who.int/violenceinjury>, 28.06.2012
42. Wissow, SL. Ethnicity, Income, and Parenting Contexts of Physical Punishment in a National Sample of Families with Young Children. Child Maltreat, 2001,6: 1, 118-129.
43. Yanikkerem E, İlköğretim Öğrencilerinin Annelerinin ve Kendilerinin Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, Çocuk Forumu, 2003,6(3):45-52.
44. Deveci SE, Açık Y. İlköğretim Öğrencilerinin Babaları Tarafından Annelerine Uygulanan Fiziksel Şiddet Durumu. Fırat Tıp Dergisi, 2002, 7, 847-851.
45. Russell D. The Prevalance of Intraafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children. Child Abuse And Neglect, 1993;7: 56-63.
46. Trocme N, Fallon B, MacLaurin B et al. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2003"[http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/pdf/childabuse\\_final\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/pdf/childabuse_final_e.pdf), 30.06.2012.

47. Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesi.  
[www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc](http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc), 30.06.2012
48. Çağdaş S. Çalışan Çocukların Hakları. Yüksek Lisans Tez Çalışması Eğitim Broşürü. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002.
49. Runyan D, Corrine W, Ikeda R. Child Abuseand Neglectby Parentsand Other Caregivers. In: World Report On Violenceand Health. Krug, EG, Dahlberg LL, Mercy JA. (Eds). Geneva: WHO, 2002: 57- 86.
50. Zeytinoğlu S, Kozcu Ş. Fiziksel Çocuk İstismarı İle İlgili Bir Araştırma. Seminer Psikoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, 1988, 77-84.
51. Bildik T. Çocukluk Çağı İstismarı. Çocuk Forumu, 2002; 5: 9-13.
52. Şahin F. Çocuk İhmali: Tanı ve Tedavide Hekimler İçin İpuçları. Klinik Pediatri Dergisi, 2002; 1(3):103-106.
53. Karaman Y. İlkokul Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukların Aileleri Tarafından İhmal ve İstismarları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.
54. Erermiş S. Çocuk ihmali nedir? İzmir Atatürk Hastanesi Tıp Dergisi, 2001; 39(2):7-10.
55. Güler N, Uzun S, Aydoğan S, Boztaş Z. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 24(3):128-134.
56. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing child altreatment: a guide to taking action and generating evidenceand International Society for Prevention of Child.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf), 30.06.2012.
57. Omaç M. Malatya Kent Merkezinde Yaşayan ve 2-5 Yaş Arası Çocuk Sahibi Olan Annelerin Çocuklarına Uyguladıkları Şiddet ve Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Malatya; İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
58. Child Abuseand Neglect Statistics. <http://www.americanhumane.org/children/stop-child-abuse/fact-sheets/child-abuse-and-neglect-statistics.html> , 28.06.2012
59. Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury KM. Maltreatment of Primary School Studentsby Educational Staff in Israel. Child AbuseNegl, 2002; 26: 1291-1309.
60. Mac Millan HL, Fleming JE, Trocme N. Prevalance of Child Physical and Sexual Abuse In The Community: Results From The Ontario Health Supplement. JAMA 1997; 278: 131-135.
61. Richters JE, Martinez P. The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witness to violence. Psychiatry 1993; 56: 7-21.

62. Fitzpatrick KM, Boldizar JP. The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 424-430.
63. Campbell C, Schwarz DF. Prevalance and impact of exposure to inter personal violence among suburban and urban middle school students. *Pediatrics* 1996; 98: 396-402.
64. Haj-Yahia MM, Ben Arieh A. The incidence of Arabadolescents' exposure to violence in their families of origin and its socio demographic correlates. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1299-1315.
65. Bahar Z, Bayık A. Çocuk Eğitiminde Annelerin Ödül ve Cezaya İlişkin Tutumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1985; 1: 1-13.
66. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi* 1986; 1: 7-14
67. Kaya N, Ulusoy M, Aral F. Çocuk, Anne ve Dayak. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı*, 1992; 23-27.
68. Egemen A, Keskinoglu P, Kankılıç G, Mürşitoğlu N, Kusin N. A pilot study on violence in high schools in İzmir, Turkey. *International Public Health Congress. "Health 21 In Action". Abstracts*, 2000: 167.
69. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. *Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları* Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Genel Müdürlüğü, 1995, 280.
70. Akyüz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported child hood trauma, attempted suicide and self mutilative behaviors among women in the general population. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 268-273.
71. Akçay Ş. İstanbul Üniversitesine Bağlı Tıp Fakültelerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalları İle Travma ve Acil Cerrahi Birimlerinde Görev Yapan Son Dönem Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi, Deneyim ve Davranışlarını Belirleme Araştırması. *Uzmanlık Tezi*, İstanbul; İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2008.
72. Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*, Adana; Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2010.
73. Deveci SE. Elazığ İl Merkezi İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Şiddete Maruziyetleri ve Yaklaşımları. *Uzmanlık Tezi*, Elazığ; Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2002.
74. Akın A, Akın L, Akşit BT ve ark. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güler Ç, Akı L. (Editörler). Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006; 381-385.



75. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2006.
76. Fink A, McCloskey L. Moving child a buse and neglect prevention programs forward: Improving program evaluations. Child AbuseNegl 1990; 14: 187-206.
77. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” [http://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23b.html](http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23b.html) , 30.06.2012
78. Anayasa- TCK- CMK- İnfaz Kanunu. Seçkin Yayınevi, Ankara 2005: 7-369.
79. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Bioistatistik. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi,1997:218-238
80. Savaşer S, Yıldız S, Bahçecik N. Hemşirelik Mesleğine Erkek Üye Alınmasına Yönelik Düşünceleri. II. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 1997, 170-177.
81. Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu. Hemşirelik Bülteni, 1994, 8(32):45-51.
82. Al-Moosa A, Al – Shaji J, Al-Fadhli A. Et Al. Pediatricians Know ledge, Attitudes And Experience Regarding Child Maltreatment İn Kuwait. Child Abuse And Neglect, 2003, 27(10):1161,1178.
83. Garrusi B, Safizadeh H, Bahramnejad B. Physicians’PerceptionRegarding Child MaltreatmentIn Iran (IR). The Internet Journal of Health 2007; 6( 2).
84. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing And Reporting Child PhysicalAbuse: A Survey Of Primary Healthcare Professionals, J AdvNurs 2006; 56: 227–236.
85. Polat O. Çocuğa Karşı Cinsel İstismarın Gün Yüzüne Çıkartılması Projesi / Destek Hattı Operatör Eğitimi, 2005.
86. Shor R. Pediatricansin Israel: Factors Which Affect The Diagnosis And Reporting Of Maltreated Children, Child Abuse Negl 1998; 22(2): 143–153.
87. Flaherty EG, Jones R, Sege R; Child Abuse Recognition Experience Study Research Group. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. Child Abuse Negl 2004;28:939-45.
88. Kars Ö. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1994.
89. Sidebotham P, Heron J. Child Maltratment İn The “Children Of Nineties” The Rol Of Child. Child Abuse And Neglect, 2003,27(3):337-352.
90. Browne K. Preventing Child Maltreatment Trough Community. Nursing Journal Of Advanced Nursing, 1995; 57-63.

91. Sibert J, Payne EH, Kemp AM, et al. The Incidence Of Severe Physical Child Abuse In Wales. *Child Abuse And Neglect*, 2002, 26(12): 1207.
92. Şirin A, Keleş S. Annelerin Çocuklarını İstismar Etmesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul: II. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi, 2003.
93. Tercan M. Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1995.

## 8. EKLER

### ELAZIĞ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI KONUSUNDA FARKINDALIK DÜZEYİ VE BU DURUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1.Yaşınız : .....

2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Diğer

4. Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır

5. Eğitim Durumunuz:

1. Sağlık Meslek Lisesi

2. Önlisans

3. Lisans

4. Lisansüstü (Yüksek lisans, doktora, uzmanlı)

6. Mesleğiniz:

1. Hekim 2. Hemşire 3. Ebe

7. Mezun olduğunuz okul.....

8. Çalıştığınız Kurum:.....

9. Çalıştığınız bölüm: .....

10. Uzmanlık alanınız:.....

11. Mesleğinizdeki çalışma süreniz:.....

12. Nöbet tutuyor musunuz?

1. Evet ( Haftada.....saat/ Ayda.....saat))

2. Hayır

13. Mezuniyet öncesi çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

14. (Yanıtınız evet ise) hangi ders kapsamında kaç saat aldınız?

.....dersinde.....saat

15. Sizce bu eğitim yeterlimiydi? 1. Evet 2. Hayır

16. Mezuniyet sonrasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

1. Evet sertifikalı eğitim aldım.

2. Evet sertifikasız eğitim aldım.

3. Hayır almadım.

17. (Yanıtınız evet ise) Sizce bu eğitim yeterlimiydi? 1. Evet 2. Hayır

18. İş yaşamınız süresince herhangi çocuk ihmali ve istismarı olgusu veya şüphesi ile

karşılaştınız mı? 1. Evet 2. Hayır

19. (Yanıtınız evet ise) Karşılaştığınız Çocuk ihmali ve istismarı vakasında nasıl bir yol izlediniz?

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

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1. Öykü alma                                | 2.Fizik Muayene                      |
| 3. Kayıt                                    | 4. Polise durumla ilgili haber verme |
| 5.İlgili Kurumlara Rapor Etme / Yasal Süreç | 6.Diğer.....                         |

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

1. Evet                      2. Hayır

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

- 1.Sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için.
- 2.Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için.
3. Konu ile uğraşmak istemediğim için.
- 4.Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için.
5. Çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacağımdan korktuğum için.
6. Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.
7. Şüpheler doğru çıkarsa, çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için.
8. Diğer.....

**20. Çalıştığınız kurumda çocuk ihmali/ istismarına yönelik talimat / prosedür var mı?**

1. Evet                      2. Hayır 3. Bilmiyorum

**21.Varsa yeterli mi?**      1. Evet                      2. Hayır

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

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin 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, distalfemur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.	İntrakranial( kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru	Hiç doğru değil
21.	Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.					
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyanlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41.	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42.	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44.	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmenddir.					
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 yasaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.					
48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru	Hiç doğru değil
49.	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve 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 genişya 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 şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					





### **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu:**

Anket çalışması Elazığ ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalık düzeylerini ve etkileyen faktörleri araştırmak için yapılacaktır. Çalışma sonrasında elde dilecek veri ve bilgilerin bilimsel çalışmalar dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Anket çalışmasında katılımcıların ad ve soyadları alınmamaktadır. Anket formlarının doldurulmasından önce katılımcılara yapılan bilgilendirmede bu konu da açıklanacaktır. Bu çalışmada kullanılan ankete ait bilgilendirme aşağıdaki gibidir:

Toplumun geleceğinde etki payı çok yüksek olan yeni nesillerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olması, kendi değerlerinin farkında olarak yetişmesi ve bu değerleri insanlığın yararına kullanabilmesi onlara sağlanacak olan koşullarla yakından ilgilidir. Çocuğun birey olarak çıkarını gözeten ve çocuğun çıkarını toplumun çıkarı ile bütünleştiren yaklaşım, çocuğun toplumun geleceği olduğu düşüncesine içerik kazandırmaktadır. Çocukların sorumluluk sahibi, bilinçli ve nitelikli bir birey olarak yetiştirilmesi toplumun bugünü ve geleceği ile örtüşmektedir. Birey olarak her çocuğun temel hak ve özgürlüklerden, sosyal ve ekonomik haklardan yararlandırılması, İhmal ve istismar edilmesinin önlenmesi geliştirilecek olan çocuk politikalarının ve uygulamalarının özünü oluşturmaktadır. Ancak açıkça görülmektedir ki, çocuğun ihmal ve istismar edilmesi onun kişiliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Kişiliği olumsuz yönde etkilenen çocukların geleceği de tehlike altına girmektedir. Bu nedenlerle "Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesi" için gerekli olan koruyucu ve önleyici çalışmaların planlanması, organize edilmesi ve uygulanması; özellikle cinsel, fiziksel veya ağır ihmal sonucu travmaya maruz kalan çocuklar ile bu çocukların ailelerine yönelik, 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek tedbirlerin alınmasının sağlanması sağlık çalışanları tarafından yapılması bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğer sağlık çalışanları "yüksek risk" gruplarını erkenden fark ederlerse ciddi örselenmeler önlenmiş olur.

Bu anlamda Elazığ ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerini ve etkileyen faktörleri araştırmak bu alandaki çalışmalara katkı sunacaktır.



**T.C.**  
**FIRAT ÜNİVERSİTESİ**  
**REKTÖRLÜĞÜ**

**Sayı** : B.30.2.FIR.0.05.00.00/ 4\)  
**Konu** : 2011/10 No'lu Etik Kurul Kararı


15.11.2011


**ETİK KURUL KARARI**


Etik Kurul, Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Orhan KILIÇ başkanlığında üyeler Prof. Dr. Cemalettin ÇOPUROĞLU ve Prof. Dr. Mehmet GÜROL'un iştiraki ile 15.11.2011 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Elazığ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 03.11.2011 tarih ve 373 sayılı yazısı ile istenen ve Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Yasemin AÇIK'ın danışmanlığında doktora öğrencisi Fatoş UNCU tarafından hazırlanması planlanan "**Elazığ İlinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeyleri ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler**" konulu çalışmanın Bilimsel Etik yönünden değerlendirilmesi konusundaki talep incelenmiştir.

Etik Kurul'umuz ilgili çalışmanın yapılmasının bilimsel etik yönünden bir sakıncasının olmadığına ve etik koşulları sağladığına oy birliği ile karar vermiştir.

  
**Prof. Dr. Orhan KILIÇ**  
Rektör Yrd.  
Etik Kurul Başkanı

  
**Prof. Dr. Prof. Dr. Cemalettin ÇOPUROĞLU**  
Üye

  
**Prof. Dr. Mehmet GÜROL**  
Üye

TC.  
ELAZIĞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B104ISM4230009-773.00/ 392  
Konu : Doktora Tez Çalışması

29.09.2011

30.09.2011\* 19835

FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
ELAZIĞ

İlgi : 23.19.2011 tarih ve 13727 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Fatoş UNCU'nun sağlık çalışanlarına yönelik olarak yapacağı " Elazığ İlinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" konulu doktora çalışması ile ilgili talebi uygun görülmüştür.

Bilgi hususunu arz ederim.

Dr. Halit GÖKALP  
Sağlık Müdür Yrd.

ASLI GİBİDİR



## 9. ÖZGEÇMİŞ

1983 Malatya doğumluyum. İlköğretim ve ortaöğretimimi Malatya'da tamamladım. 2005 yılında Malatya İnönü Üniversitesi Hemşirelik Bölümünü birincilikle bitirdim. Aynı yıl Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladım. 2008 yılında aynı alandan doktora başladım. 2009 yılından itibaren Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak görev yapmaktayım. Evliyim ve 1 kızım var.

FATOŞ UNCU