



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI
KONUSUNDA BİLGİ VE RİSK TANILAMA DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Şadiye YILDIRIM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN

KARABÜK
2019

TEZ ONAYI

Şadiye YILDIRIM'ın hazırladığı “Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi ve Risk Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma 26/12/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından EBELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Şehnaz CEYLAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU

Üye

Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Şadiye YILDIRIM

18/01/2019

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatına yeniden baŐlangıç yapmamı sağlayan bitmeyen bir sabırla yol gosterici olan, ebelik mesleğini onur ve gurur duyarak yapılması için sürekli olarak çaba gosteren Danışman Hocam Dr. gr. Üyesi Nazan KARAHAN'a,

TanıŐtıđımız günden bu yana bitmeyen eğitim hayatımın her aŐmasında yanımda olan desteğini esirgemeyen eŐim Dursun YILDIRIM'a

Eğitim hayatıma devam ederken gerekli ilgi ve alakayı gosteremediğim Kızım Hilal Dilara YILDIRIM ve oğlum Ahmet Eren YILDIRIM'a

“Sen yeterki oku kızım ben seninle birlikte gider gelirim” diyen babam Kadir DUTUCU ve “kızım gel burda alıŐ” diyen canım annem Durdu DUTUCU'ya, attığım her adımda yanımda olan ve desteğini esirgemeyen kardeŐlerim Adem DUTUCU ve Muhammet DUTUCU' ya sonsuz minettarlıklarımı sunarım.

Şadiye YILDIRIM
Karabük, 2019

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
EKLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuk İhmal/ İstismarının Tarihçesi ve Tanımı	4
2.2. Çocuk İhmal/ İstismar Türleri ve Görülme Sıklığı	6
2.2.1. Fiziksel İstismarın Tanımı ve Görülme Sıklığı	7
2.2.2. Duygusal istismarın tanımı ve görülme sıklığı	8
2.2.3. Cinsel İstismarın Tanımı ve Görülme Sıklığı	9
2.2.4. Çocuk ihmalinin tanımı ve görülme sıklığı	12
2.3. Çocuk İhmal ve İstismarının Tanılanması	14
2.4. Çocuk İhmal ve İstismarının Risk Faktörleri ve Nedenleri	18
2.5. Çocuk İhmal ve İstismarının Etkileri	20
2.6. Çocuk İhmal/ İstismarının Önlenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Rollerini	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	30

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	31
3.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler	32
3.5. Veri toplama Araçları	32
3.6. Verilerin Toplanması	33
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	36
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik, Çalışma Yaşamı Özellikleri ve Çocuk İhmal/ İstismarina Yönelik Yaklaşım ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular	36
4.2. Sağlık Çalışanlarının "ÇIIBRTÖ" Puanlarının Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	43
5.TARTIşMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER	65
9. ÖZGEÇMİş	74

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1Güvenlik Birimlerine Yaralanma Mağduru Olarak Getirilen Çocuklar (TÜİK 2014, 2015, 2016)	8
Şekil 2.Güvenlik Birimlerine Yaralanma Mağduru Olarak Getirilen, Cinsel Saldiri Mağduru Çocuklar (TÜİK 2014, 2015, 2016)	11
Şekil 3.Fiziksel İstismarın Belirtileri	15
Şekil 4.Duygusal İstismarın Belirtileri.....	16
Şekil 5.Cinsel İstismarın Belirtileri.....	17
Şekil 6.İhmalin Belirtileri	18
Şekil 7. Ekolojik Model	19
Şekil 8.Çocuk İstismarı İçin Risk Faktörleri.....	19
Şekil 9.Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuk Üzerine Etkileri.....	22
Şekil 10. Araştırmanın Evren ve örneklemi.....	31
Şekil 11.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Maddelerinin Alt boyutlara Göre Dağılımı	33

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamı Özellikleri	37
Tablo 2.Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal/İstismarı İle Karşılaşma Durumları	38
Tablo 3.Çİİ İle Karşılaşan Sağlık Çalışanlarının Zorlandığı Durumlar	39
Tablo 4.Sağlık Çalışanlarının Çİİ Konusunda Bildirim ve Yaklaşımları	40
Tablo 5.Sağlık Çalışanlarının Çİİ Konusunda Bildirim Yapma Engelleri	41
Tablo 6.Sağlık Çalışanlarının Çİİ Konusunda Kendi Bilgilerine Ait Değerlendirmeleri ve Eğitim Gereksinimleri	42
Tablo 7. “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 8.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ” Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 9.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Meznuniyet Öncesi Dönemde Çİİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 10.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Meznuniyet Öncesi Dönemde Çocuk İhmal/İstismarı Konusunda hizmet içi eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılması	46
Tablo 11.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Çocuk İhmal/İstismarı İle Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 12.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Şüpheli Durumda Bildirim Yapacağı Yeri Bilmediğini Beyan Etme Açısından Karşılaştırılması	48
Tablo 13.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Cinsiyet ile karşılaştırılması..	48

Tablo 14.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Medeni Durumu ile karşılaştırılması	49
Tablo 15.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu ile karşılaştırılması	50
Tablo 16.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Çocukla İlgili Bir Bölümde Çalışma Durumu ile karşılaştırılması.....	50
Tablo 17.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Dogru yaklaşım Gösterenler ile Göstermeyenlerin Karşılaştırılması.....	51

EKLER DİZİNİ

Ek 1.Kurum Izni Ve Etik Kurul Onayı	65
Ek 2.Ölçek Kullanım İzni	67
Ek 3.Onam Formu	68
Ek 4.Ek Tablo 1. Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Çocuk İhmali/İstismarı Bildiriminde Doğru Yaklaşım Gösterme durumu Açısından Karşılaştırılması	69
Ek 5.Ek Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Çocuklara Hizmet Veren Bölümde Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması	70
Ek 6.Ek Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Şüpheli Durumda Yanlış Tanı Koyma Endişesi İle Bildirim Yapmayacağını İfade Etme Durumu Açısından karşılaştırılması	71
Ek 7.Ek Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Şüpheli Durumda Ayırarak Zamanı Olmadığı İçin Bildirim Yapmayacağını İfade Etme Açısından Karşılaştırılması	72
Ek 8.Ek Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Şüpheli Durumda Çocuğun Ailesinden Ayrılacağını Düşündüğü İçin Bildirim Yapmayacağını İfade Etme Açısından Karşılaştırılması.....	73

KISALTMALAR DİZİNİ

Araştırmada kullanılan tanım ve kısaltmalar ile açılımları aşağıda sıralanmıştır:

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

Çİİ: Çocuk İstismarı ve İhmali

ÇİİBRTÖ: Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

UNİCEF: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TDK: Türk Dil Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi ve Risk Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi

Çocuk ihmal ve istismarı tüm toplumu etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi, tanılanması ve bildirimine ilişkin rolleri yerine getirebilmesi için, bilgi ve becerisinin yeterli ve güncel olması gerekir. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının ihmal/istismar konusunda bilgi ve risk tanılama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma, Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 03 Mart - 30 Temmuz 2018 tarih aralığında yapılmıştır. Araştırmanın evreni anılan hastanede görev yapan 633 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimi yapılmamış olup, çalışma verilerin toplanması sırasında izinli ya da raporlu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 346 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama aracı olarak, Uysal (1998) tarafından geliştirilen "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek-ÇİİBRTÖ" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmış, gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken normal dağılım gösteren değişkenlerde Student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $36,7 \pm 8,0$ ve ortalama çalışma yılı $14,2 \pm 8,8$ 'dir. Çalışma gurubunun, %6,1'i Acil Tıp Teknisyeni (ATT) (n=21), % 9,3'ü sağlık memuru (n=32), %18,2'si hekim (n=63), %20,2'si ebe (n=70) ve %46,2'sini hemşire (n=160)'dir. Çalışmaya katılanların sadece %29,5'i mesleki yaşamında çocuk ihmali/istismarı ile karşılaştığını bildirmiş olup, %28,6'sı çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşma olasılığında bildirim yapmayacağını beyan etmiştir.

Sağlık alışanlarının ÇİİBRTÖ'den ortalama $2,4\pm0,3$ puan aldığı, en yüksek puanları ihmal ve istismara yatkın çocukların özellikleri ($2,8\pm0,5$) alt boyutundan, en dūřuk puanları ise istismarın ocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ($2,1\pm0,4$) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca lek puanları meslek, mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim alma ve istismarla karşılaşma durumu açısından anlamlı farklılık göstermektedir.

Bu sonuçlar sağlık Çalışanlarının ocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgilerinin, mezuniyet öncesi ve hizmet ii eğitimlerle gncellenmesi gerektiğini dūřündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: ebelik, ocuk ihmali, ocuk istismarı, sağlık alışanları

ABSTRACT

Determination of Knowledge and Risk Diagnosis Levels of Child Labor Neglect and Abuse in Health Workers

Child neglect and abuse is a global health problem affecting the whole society. In order for health professionals to fulfill their roles in prevention, diagnosis and reporting of child neglect and abuse, their knowledge and skills should be adequate and up-to-date. This study was conducted in a descriptive cross-sectional form to determine the attitudes and knowledge levels of health workers about child neglect and abuse. The study was carried out between 03 March - 30 July 2018 at Karabük University Training and Research Hospital. The population of the study consisted of 633 health workers working in the hospital.

The study was conducted with a total of 346 healthcare workers who were not authorized to participate in the study and accepted to participate in the study. The data of the study were collected by using the questionnaire method, which was developed by Uysal (1998), by using the scale-ÇİİBRTÖ for the identification of symptoms and risks of child abuse and neglect. In the evaluation of the data, descriptive statistics were used, while the differences between the groups were examined, Student t test was used for the variables with normal distribution, and Mann Whitney U test was used for those who did not show normal distribution.

The mean age of the healthcare workers participating in the study was 36.7 ± 8.0 and the average working year was 14.2 ± 8.8 , and 6.1% of them were ATT (n = 21) and 9.3% (n = 32). 18.2% were physicians (n = 63), 20.2% were midwives (n = 70) and 46.2% were nurses(n=160). Only 29.5% of the participants reported that they encountered child neglect / abuse in their professional life, and 28.6% of them stated that they would not make any notification about the possibility of child neglect and abuse.

The highest scores of the healthcare workers were 2.4 ± 0.3 points, the highest scores were neglected and the characteristics of the children predisposed to abuse (2.8 ± 0.5), the lowest scores were the physical symptoms of abuse on the child (2.1 ± 0.4). In addition, scale scores differ significantly in terms of occupation, pre-graduate and in-service training status, and abuse. These results suggest that health workers' knowledge of child neglect and abuse is insufficient and should be supported by pre-service and in-service training.

Keywords: Midwifery, child neglect, child abuse, health workers

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2002) çocuk istismar ve ihmali: “Çocuğun, büyüme, gelişme ve sağlığını olumsuz etkileyecek her türlü duygusal, fiziksel, cinsel kötü tutum ve davranışlar” olarak tanımlamıştır (Özcebe, 2009). Çocuk istismarı, yazılı tarihin en eski kaynaklarında yer almasına karşın, ancak son yüzyılda tartışılmaya başlanmıştır (Jain 1999). Çocuk istismar ve ihmali, genellikle çocuğun yakın çevresi tarafından yapılması, tekrarlanma olasılığının yüksekliği ve vakalarının gizli kalması nedeni ile çocuklar üzerinde, tüm yaşamı etkileyecek fiziksel, nörolojik, bilişsel ve gelişimsel sorunlara yol açmaktadır (Johnson 2007). Bu nedenle çocuğun ihmali ve istismarı sadece çocuk ve ailesini değil, toplumun refah ve gelişmişlik düzeyini de etkileyen küresel bir sorundur (Topbaş 2004).

İstismar ve ihmali mağduru çocuklarla yapılan çalışmalar, bu çocukların duygusal, zihinsel ve fiziksel pek çok sorun yaşadığını, sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ve sosyal ilişkilerinin bozulduğunu göstermektedir. Çocukluk döneminde fiziksel istismara uğrayan bireylerde; psikiyatrik sorunlar, sosyal uyumsuzluklar, kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, intihar düşüncesi ve girişimi sık karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır (Pelkovitz et al. 1994, Tackett 2002).

Çocukların bilinçli, nitelikli ve sorumluluk sahibi bireyler olarak yetişmesi toplumun geleceği ile ilişkilidir (Kürklü 2011). Sağlıklı bir ortamda büyüyen çocuklar özgüveni yüksek ve sağlıklı bireyler olarak yetişmektedir (Şenver 2006). İstismara uğrayan çocuk güçsüzlük (powerlessness) ya da çaresizlik hissini çok yoğun bir şekilde yaşar. Bu durum çocuğu gelecekteki yaşamında potansiyel suçlu haline getirmektedir.

Çocukluk döneminde doğrudan şiddete maruz kalmasa dahi, şiddeti görmüş ya da duymuş olanların, saldırganlık ve öfke davranışları gösterdiği görülmüştür (Siegel and Williams 2003, Sheldrick 1991, Akdoğan 2006).

Çocuk istismarının ve ihmalinin önlenmesi, tedavi edilmesinden daha etkili ve başarılı bir eylemdir ve çeşitli yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır (Dikmen vd. 2011). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, çocuk ihmal ve istismarının önlenmesiyle ilgili maddeler bulunmaktadır (Dikmen vd. 2011). Bu sözleşme hükümleri ve ilgili yasalar doğrultusunda sağlık çalışanlarına da, çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi konusunda görev ve sorumluluklar düşmektedir (Kurt 2016).

Sağlık çalışanlarının önemli görevlerinden biri sağlık eğitimi ve danışmanlığı yapmaktır. Özellikle ebeler üreme sağlığı konularında kilit rol oynamaları nedeniyle, ailenin kolaylıkla içine girebilmekte, en mahrem konularda veri toplayabilmekte ve olası sorunları erken dönemde tespit edebilmektedir. Ayrıca ebeler, kadın ve çocukların ihmal ve istismar konusunu eğitimlerinde etkili bir biçimde değerlendirebilir. Bu açıdan bakıldığında birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan tüm sağlık profesyonellerine görev düşmektedir (Greco and Worley 2001). Ülkemizde mevcut sağlık sistemi içinde aile sağlığı merkezleri rehberliğinde eğitim programları düzenlenebilir ve ev ziyaretleri bu amaçla kullanılabilir (McDonald et al. 2006, Türker 2017).

Toplum genel olarak, çocuğun ihmal ve istismar edilmesini korkunç ve kötü bir eylem olarak kabul etse de, çoğu zaman yok sayarak üstünü örtebildiğinden (Keskin ve Çam 2005), çocuk istismar/ihmalinin tespit edilmesinde en önemli basamak "şüphe"dir. Bu nedenle sağlık çalışanları şüphelenilen her durumda ileri değerlendirme yapabilmelidir (Önal vd. 2013). Fakat istismar ve ihmalden şüphelenen sağlık çalışanı "insanları boşuna suçluyor olacağı" kaygısı ya da kendi çocuğunda fiziksel ya da duygusal istismarı bir disiplin aracı olarak kullanması gibi nedenlerde konuyu "yok

sayma” eğiliminde olabilmekte ve bazen de konu hakkında yetersiz bilgiye sahip olması nedeniyle tanı koyamamaktadır (Güney 2010, Zeyfeolu vd. 2010). Oysa sağlık çalışanları ocuk Hakları Sözleşmesi hükümleri ve TCK'nın ilgili maddeleri kapsamında ihmal ve istismar vakalarında bildirim yapmakla yükümlüdür

Sağlık alışanlarının bu rolleri yerine getirebilmesi için, bilgi ve becerisinin yeterli ve güncel olması gerekmektedir (Pinheiro 2006, Akın vd. 2016). Fakat alışmalar sağlık personelinin ocuk ihmali ve istismarının risk faktörlerinin belirlenmesi ve tanılanması konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (Gölge vd. 2012, Kamiloğlu 2018, atık ve am 2006).

Bu alışma, sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmali (İİ) konusunda bilgi ve risk tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu sayede sağlık çalışanlarının konu hakkındaki eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitim programlarının oluşturulmasına katkı sağlanması planlanmaktadır

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde çocuk ihmal ve istismarının tanımı, tariçesi, türleri, çocuk, aile ve toplum üzerine etkileri, sağlık çalışanlarının Çİİ konusundaki rollerine değinilecektir.

2.1. Çocuk İhmal/ İstismarının Tariçesi ve Tanımı

Çocuğun gelişme ve büyüme sürecine olumsuz olarak yansıyan çocuk istismarına insanlığın var oluşundan günümüze kadar her dönemde rastlanmıştır. İnsanoğlunun tarihiyle ortak bir geçmişe sahip olan çocuk istismarı çocuk üzerinde yarttığı olumsuz etkiler ve genellikle gizli tutulması nedeniyle, önemli bir halk sağlığı sorunudur (Hancı 2002).

Çocuk istismarına, yazılı tarihin en eski kaynaklarında rastlanmasına rağmen, konu ancak son yüzyılda önem kazanmaya başlamıştır (Jain 1999). Hugo ve Dickens'in romanlarında işlenen çocuk istismarı konusunun tıp literatürüne girmesi 1860 yılında Tardieu'nun tanımı ile olmuştur (Tercier 1998). Fransız Adli Tıp Profesörü olan Ambres Tardieu, Paris Tıp Akademisi'nde ölen 32 çocuğun otopsi raporunda cinsel ve fiziksel istismar bulgularına yer vermiştir. Ambres Tardieu'dan sonra, 1946 yılında Caffey, subdural hematom ile uzun kemik ve kosta kırıklarını çocuk istismarı ile ilişkilendirmiş ve "Caffey Sendromu" tanımlamasını yapmıştır (Jain 1999). 1961 yılında Kempe dövülmüş çocuk sendromunu "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" olarak tanımlamıştır. Bu tanım daha sonra çocuk istismarı (child abuse) tanımına dönüşmüştür. Çocuk istismarı, 1970' yılında Hellnes tarafından, bakıcı ve çocuk arasında, çocuğun fiziksel ya da gelişimsel durumunu etkileyen, kaza sonucu meydana gelmeyen etkileşim veya etkileşim eksikliği olarak tanımlanmıştır (Faller 1981). Benzer şekilde Helfer ve Kempe (1972) tarafından, ebeveynlerin ve çocuktan sorumlu kişilerin gerçekleştirdiği ya da

yerine getirmediikleri sorumlulukları nedeniyle, kaza olmayan ve çocuğun zarar gördüğü durumlar çocuk istismarı/ihmali olarak tanımlamıştır. Giovanni ve Becerra (1979) ise, bir eylemin çocuk istismarı olarak kabul edilebilmesi için, ebeveynlerin veya çocuğun bakımından sorumlu kişi ve kurumların tutum/davranışlarının toplumsal normlara aykırı olması gerektiğini vurgulamaktadır.

1874 yılında bir üvey anne, kızına uyguladığı fiziksel şiddet nedeni ile bir yıl hapis cezası almıştır. Bu karar, çocuk istismarı ile ilgili yapılan ilk hukuksal işlem olarak kabul edilmektedir. Bu karardan 8 ay sonra, ilk “Çocuk Koruma Derneği” kızının avukatlığını yapan E. Gerry tarafından kurulmuştur (Yalçın 2010).

Garbarino ve Gilliam (1980) çocuk istismarının zarar verici ve uygunsuz davranışlarının uzmanlar aracılığı ile tespit edilmesi gerektiğinin altını çizmiştir (Dokgöz 2004). Aynı şekilde, Felthous (1984), çocuk istismarını, çocuğun kasıtlı olarak dışlanması, incitilmesi ve bakımından sorumlu olan bireyin zarar vermek amacıyla, güç kullanarak hafif düzeyden ölüme kadar yaralanmaya sebebiyet verilmesi olarak tanımlamıştır.

Çocuk istismarının evrensel olarak herkes tarafından kabul edilen standardize edilmiş bir tanımı bulunmamaktadır. Çünkü toplumun kültürel özellikleri, Çİİ (Çocuk İhmalive İstismarı) olarak kabul edilecek davranış ve tutumlara bakış açısını etkilemektedir. Toplumun yapısını oluşturan bireylerin çocuk yetiştirme şekilleri, hukuksal mevzuatları, inançları, değerleri, çocuk istismarının evrensel bir tanımını oluşturulması açısından zorluk çıkartmaktadır (Tercan 1995). Kültürel farklılıklar nedeni ile davranışların ve inançlarının bilinmesi, bazen istismar gibi algılanan davranışın, çocuğun faydası için yapıldığını ortaya çıkarabilir. Bu nedenle bir olayın istismar olup olmadığına karar verilirken, kültürel değerlerin kabul edilebilirlik sınırları içinde olup olmadığı değerlendirilmelidir (Konanç 1991).

Yaygın olarak kabul gören tanım, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) (1985)'nin tanımı, “çocuğun fiziksel ya da psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, yetişkinler, toplum ya da kamu tarafından bilinçli/bilinçsiz olarak yapılan tüm davranışlar” şeklindedir (Kocaer 2006).

2.2. Çocuk İhmal/ İstismar Türleri ve Görülme Sıklığı

Çocuğa karşı zarar verici davranışlar ihmal ve istismar başlıkları altında sınıflanabilir. Türk Dil Kurumu istismarı, “bireyi art niyetli amaçla kullanma, çıkar sağlamak”, ihmali ise “gereken alakayı göstermeme, boşlama, savsaklama, özen göstermeme” şeklinde tanımlamıştır (<http://www.tdk.gov.tr/index>. Erişim Tarihi: 24.11.2018). İhmal pasif bir zarar verme eylemi iken istismar aktiftir. Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun gelişimini kısıtlayan ya da engelleyen eylemlerin önlenmesi için tedbir almaması çocuk ihmali olarak değerlendirilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre bireylerin 1/4'i çocukluk çağında fiziksel istismara uğramaktadır. Kadınların 1/5'i, erkeklerin ise 1/13'i çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmıştır (WHO 2016). Ülkemizde çocuk ihmal ve istismarı olgularında çalışmalar yeni olup, genellikle sosyal pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve adli tıp uzmanlarını öncülüğünde yürütülmektedir (İnci 2010). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010) verilerine göre, 7-18 yaş grubu çocukların aile, okul vb. ortamlarda %25'i ihmale, %43'ü fiziksel istismara, %51'i duygusal istismara ve %3'ü cinsel istismar ile karşılaşmaktadır. Sofuoğlu vd. (2014)'nın Denizli, Zonguldak, ve İzmir'de, 11, 13, 16 yaş grubunda 7540 çocukla yaptıkları çalışmada, olumsuz psikolojik ve fiziksel tutum ve ihmal sıklığı yaş gruplarına göre sırasıyla %70.5; %58.3; %42.6, son yıldaki durum ise %62.7; %46.0; %37.5 olarak belirlenmiştir.

Çocuğa karşı zarar verici davranışlar ihmal ve istismar başlıkları altında sınıflanırken, DSÖ, çocuğa karşı gerçekleştirilen kötü muameleyi; ihmal, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere 4 temel başlık altında toplamaktadır (Kavaklı vd. 1998, Taş 2017).

2.2.1. Fiziksel İstismarın Tanımı ve Görülme Sıklığı

Çocuk istismarları arasında en yaygın olanı fiziksel istismardır. Fiziksel istismar "bedende fiziksel hasara neden olan ekimoz, kırık, yanık ve benzeri her türlü doku bozuklarının ortaya çıkmasına neden olan istismar" olarak tanımlanmıştır. Kazayla yaralanma ile karışması nedeni ile fiziksel istismar ile ilgili tanı koymak ve verilere ulaşmak zordur. Bu durumun nedenlerinden biri de fiziksel istismarın aynı zamanda disiplin aracı olarak kullanılmasıdır. Ancak çeşitli objelerin kullanımından dayağa kadar uzanan ceza yöntemleri fiziksel istismar olarak değerlendirilir (İnci 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre yerişkinlerin yaklaşık %25'i çocukluk dönemlerinde fiziksel istismara uğramıştır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim Tarihi: 24.11.2018). Amerika'da 3 milyon çocuğun istismar riski altında olduğu, her yıl 700 000-1.250.000 çocuğun ihmal ve istismara maruz kaldığı ve istismar vakalarının %18'inin fiziksel istismar olduğu bildirilmektedir (Siegel and Williams 2003).

Ülkemizde fiziksel istismar olaylarının yaygınlığına ilişkin çalışmalar, rapor edilmesindeki yetersizlikler nedeniyle sınırlı sayıdadır (Bahar vd. 2009). Ayrıca ülkemizde fiziksel istismarın, ebeveynler tarafından bir disiplin aracı olduğu düşüncesi bildirimini engellemektedir (Bilge vd. 2013). UNİCEF'in 2010 yılı verilerine göre ülkemizde 7-18 yaş grubu çocukların %43'ü fiziksel istismara uğramıştır (<http://atud.org.tr/kutuphane/unisefrapor.pdf>. Erişim Tarihi: 24.11.2018). Bülbül vd. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada (n=1807) çocukların %22.8'inin fiziksel

istismara uğradığı ve fiziksel istismarın %17,2 oranında ebeveynler tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir.

TÜİK verileri, ülkemizde güvenlik birimlerine yaralanma mağduru olarak getirilen çocukların sayısının yıllar içinde arttığını göstermektedir (Şekil 1).

Yaş/cinsiyet	Mağdur sayısı		
	2014	2015	2016
0-11 yaş			
Kız	7.947	8.749	10.149
Erkek	13.759	14.936	17.201
12-14 yaş			
Kız	6.747	6.296	6.554
Erkek	11.405	11.745	12.769
15-17 yaş			
Kız	11.811	11.364	12.320
Erkek	22.395	23.098	24.559

Şekil 1Güvenlik Birimlerine Yaralanma Mağduru Olarak Getirilen Çocuklar (TÜİK 2014, 2015, 2016)

2.2.2. Duygusal istismarın tanımı ve görülme sıklığı

Duygusal istismar ya da diğer bir deyişle psikolojik istismar, çocuktan büyük olan kişiler yolu ile gerçekleştirilen, çocuğun psikolojik sağlığını bozacak her türlü tutum, sözel ifade ve devamlı olarak kötü davranma durumudur (TÜİK 2015). Duygusal istismar, çocuğun duygusal gelişimini ya da kendi kendine değer duygusunu bozan bir davranış örüntüsüdür. Çocuğu sürekli eleştirmek, tehdit etmek veya isteklerini reddetmek şeklinde ortaya çıkabilir. Diğer tüm istismar şekillerinin yaşandığı vakalarda genellikle hatta neredeyse her zaman duygusal istismar bulunmaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Duygusal istismar, sık görülmesine karşın, tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması oldukça güçtür. Duygusal istismar en az fark

edilen, en çok gizlenen, üzerinde en az çalışma yapılan fakat buna karşın en sık rastlanan istismar çeşididir (Wright et al. 2009).

2012 yılında ABD’de yayınlanan rapora göre yaklaşık 754 bin çocuk kötü muamele ile karşılaşmış olup, vakaların %8,1’inin duygusal istismar olduğu belirlenmiştir (Bilgiç 2015).

Ülkemiz için duygusal istismar konusunda akademik yayınların yetersizliği ve kayıtların düzensiz tutulması nedeniyle sağlıklı veriler elde etmek zordur (Kamiloğlu 2018). UNİCEF (2010) tarafından ülkemizde gerçekleştirilen çocuk istismarı araştırması verilerine göre, 7-18 yaş grubu çocukların %51 duygusal istismara uğramaktadır. Güler vd. (2010), çocukların %93’ünün anneleri tarafından istismara maruz kaldığını, annelerin %81,1’ini sevgisini göstermediğini, %77,6’sının bağırdığını, %8,4’ünün odasına kapattığı ve kapıyı kilitlediğini ve %2,1 el ve ayaklarını bağladığını bildirmektedir.

2.2.3. Cinsel İstismarın Tanımı ve Görülme Sıklığı

Çocuk cinsel istismarı ülkemizde olduğu gibi gelişmiş ülkelerde çocukların karşılaştığı oldukça travmatik bir halk sağlığı sorunudur (Koç vd. 2012). Cinsel istismara yönelik günümüzde de kabul gören Glaser’ın (1991) tanımı: “Gelişimsel olgunluğa erişmemiş olan çocuğun, anlamadan, bilgilendirilmesi ve rıza göstermesinin mümkün olmadığı, toplumun ve ailenin rollerini çiğneyen, cinsel eylemlerde bulunması” şeklindedir. Baysal’a göre ise; çocuğun kendinden büyük yetişkin bireyler tarafından, cinsel doyum, cinsel uyarım için kullanılmasıdır. ABD’de Çocuk İstismarı ve İhmali Ulusal Merkezi’ cinsel istismarı “Yetişkin bir bireyin çocuğu cinsel uyarılma amacıyla kullanması” olarak tanımlamıştır. Bu tanım, istismarı gerçekleştiren kişinin, mağdurdan aşgari 5 yaş büyük olması veya çocuk üzerinde otorite sahibi olmasını da kapsamaktadır.

En kısa ve net tanım ile cinsel istismar ocugun, cinsel doyum için kullanılmasıdır (Taş 2017).

Cinsel istismar; müstehcen konuşma, çocuğa cinsel ilişkiyi izletme, teşhircilik, röntgencilik gibi temas olmadan gerçekleştirilen istismar, taciz, tecavüz, fuhuş yaptırma gibi dokunmanın var olduğu cinsel istismar ve şiddet kullanarak yapılan cinsel istismar olmak üzere sınıflandırılabilir (Kaytez vd .2018).

Bilgiç (2015) ABD’de, 754 bin kötü muamele gören çocuktan %9.2’sinin cinsel istismara maruz kaldığını bildirmektedir. ABD’de her yıl altı milyon istismar olgusu ile alakalı suç duyurusunda bulunmaktadır. Her gün yedi ocuk ihmal, dört ocuk istismar nedeni ile yaşamını yitirmektedir (Chahal et al. 2005). Farklı ülkelerde toplum tabanlı yapılan bir çalışmanın sonuçlara göre: Çocukluk döneminde erkeklerin %5-10’u ve kadınların %20’si cinsel istismara uğradığını belirtmiştir (Krug vd. 2002). TÜİK ‘in 2015 yılı verilerine göre 15-24 yaş gurubunda bulunan gençlerin %9,5’u cinsel şiddete, %28,1’i ise hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalmıştır. DSÖ ve Ankara Üniversitesi tarafından hazırlanan "Türkiye’de Üniversite Öğrencilerinde ocukluk ağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması Raporu" (2016) verilerine göre kadınların % 7,2’si, erkeklerin % 8,7’si çocukluk dönemlerinde cinsel tacize uğradığı ancak cinsel istismar ve ensest vakalarında doğru veriye ulaşamadığı bildirilmiştir (Kaytez vd. 2018). Adalet Bakanlığı 2014 yılı istatistiklerinde yer alan verilere göre, her ay 650 ocuk cinsel istismar vakası nedeniyle Adli Tıp Kurumu’na gönderilmektedir (ocuk İstismarına Yönelik Rapor 2016). Aksel ve Irmak (2015)’in öğretmenlerin ocuk istismarı vakası ile karşılaşma durumlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, öğretmenler % 41 oranında ocuk istismarı vakası ile karşılaştığını bildirmekte olup, cinsel istismar vakası ile karşılaşanların % 64’ü bir veya iki kez, % 29’u üç ya da daha fazla cinsel istismar olgusu ile karşılaştığını ifade etmektedir.

TÜİK verilerine göre 2014'te cinsel istismar mağduru çocuk sayısı 74.064 iken 2016 yılında cinsel istismar mağduru çocuk sayısı 83.552'ye yükselmiştir. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü verilerine göre; çocuklara cinsel istismar suçundan hükümlü oranı 2006 yılında % 42,5 iken, bu oran 2016'da % 58,8'e yükselmiştir. Cinsel suç mağduru çocuk oranı 2014'ten 2016'ya %33 artmıştır (Şekil 2).

Yaş/cinsiyet	Mağdur sayısı		
	2014	2015	2016
0-11 yaş			
Kız	1.304	1.470	2.487
Erkek	748	760	1.124
12-14 yaş			
Kız	2.319	2.533	3.688
Erkek	332	371	563
15-17 yaş			
Kız	6.091	7.198	8.460
Erkek	296	346	518
Toplam	11.095	12.689	16.877

Şekil 2.Güvenlik Birimlerine Yaralanma Mağduru Olarak Getirilen, Cinsel Saldiri Mağduru Çocuklar (TÜİK 2014, 2015, 2016)

Son yıllarda yazılı, görsel ve sosyal medyada yürütülen kampanyaların desteğiyle, toplumda çocuk cinsel istismarı konusundaki farkındalığın arttığı düşünülmektedir. Medyada cinsel istismar vakalarının gündeme getirilmesi, çocukların kendilerine yapılan cinsel istismarı dile getirme cesaretini arttırmaktadır (Moore 2005).

2.2.4. Çocuk ihmalinin tanımı ve görülme sıklığı

Çocuklarda görülen kötü muamelenin en yaygın şekli çocuk ihmaldir. İhmal aslında çocuğun esenliği ve gelişimi için gerekenlerin yapılması mümkün olduğu halde yapılmamasıdır. Çocuğun ebeveynleri ya da ilgili kurumların çocuğa karşı olan temel sorumluluklarını yerine getirmemesi ihmal olarak tanımlanabilir. İhmal; sağlık, eğitim, beslenme, giyim, duygusal gelişim, güvenli yaşam koşulları ve barınma gereksiniminin karşılanmaması olarak ortaya çıkabilmektedir (Yılmaz 2015, UNİCEF 2006).

İhmal; cinsel, fiziksel ve duygusal ve olmak üzere üç temel başlık altında ele alınabilir. Fiziksel ihmal, çocuğun gelişimi için gerekli olan besinleri alamaması, sağlık, barınma gibi temel gereksinimlerini gidermede eksiklik yaşamasıdır. Tanımdan anlaşılacağı üzere, fiziksel ihmal alt gruplara ayrılmaktadır (Şahin 2002, Türker 2017).

- Yetersiz Beslenme: Çocukta organik olarak büyüme ve gelişim geriliğini açıklayacak bir nedenin olmaması
- Uygunsuz Giyinme: Çocuğun yaşına ve gelişimine uymayan büyük veya küçük, dar giysiler, mevsim şartlarına uymayan kıyafetler giymesi
- Yetersiz Temizlik: Çocuğun giysilerinin ve kendisinin kirli olması, kötü kokması
- Yetersiz Ev Koşulları: Diğer ihmal belirtileri ile beraber değerlendirilmelidir
- Kazalara Karşı Önlem Alınmaması: Ateş, ilaç ve zehirli maddelerin çocukların kolayca ulaşabileceği alanlara bırakılması, motorlu bir taşıtta yalnız bırakılması gibi
- İntrauterin ihmal: Annenin gebelik sürecinde alkol, sigara vb. bağımlılık yapıcı maddeleri kullanması, gebelik sürecinde yeterli beslenmenin ve tıbbi bakımının sağlanmaması
- Duygusal ihmal, çocuğun yaşına uygun uyarıların verilmemesidir. Duygusal ihmal çocuğa yeterli sevgi ve ilginin gösterilmemesi, gözdağı verilmesi, sürekli kötü söz söylenmesi, çocuğun azarlanması ve reddedilmesidir. Ayrıca ailenin aşırı koruyucu ve

ilgili olması da duygusal ihmale dahil edilmektedir. Aşırı koruma ve ilgi çocuğun ideal gelişimini engelleyebilmektedir (Bahçecik ve Kavaklı 1993, Türker 2017). Çocukların cinsel olarak gelişimine gerekli özen ve önemin verilmemesi “cinsel ihmal” olarak tanımlanmaktadır (Aral ve Gürsoy 2001, Türker 2017). Çocuğun cinsiyetine uygun davranılmaması ve cinsiyetine uygun kıyafetlerinin olmaması, cinsellikle ilgili sorularının yanıtı bırakılması yada sert tepkiler verilmesi cinsel ihmal olarak değerlendirilmektedir (Altunsu 2004).

Tüm dünyadaki çocukların %1-2'sinin ihmal edildiği tahmin edilmektedir. Çocuk ihmali, yara ve görünür iz bırakmadığından, istismar kadar dikkat çekmez ve genellikle ihbar edilmez. Bu nedenle çocuk ihmalinin tanınması ve yasal olarak kanıtlanması oldukça güçtür. Amerika'da 2012 yılında yayınlanan raporda, vakaların %78.3'ünde ihmal görüldüğünden bahsedilmektedir (Bilgiç 2015). Ülkemiz için kayıtların yetersizliği ve düzensizliği, akademik çalışmaların yeterli olmaması sağlıklı bilgi elde etmeyi güçleştirmektedir (Tıraşçı ve Gören 2007). UNICEF'in tavsiyesiyle 2008 yılında Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından yapılan araştırma verileri; 7-18 yaş aralığındaki çocukların, %25'inin ihmale maruz kaldığını göstermektedir (Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010).

Güler vd. (2002), annelerin; %14,7'sinin çocuğun eğitimi konusunda okul yönetimi ya da öğretmenleriyle görüşmediğini, %28,7'sinin çocuğun arzularını göz ardı ettiğini, %32,2'sinin hastalık anında tıbbi müdahale için hekime başvurmadığını, %23,1'inin çocuğunu dövdüğünü, % 53,8'inin tokat attığını bildirmiştir. Kanada'da yapılan ve 53.922 çocuğu kapsayan araştırmada, ilk sırada %40 oranında ihmalin yer aldığı, vakaların %20'sinin şüpheli ve %43'ünün doğrulanmış olarak kayıtlara geçtiği belirlenmiştir (Dube et al.2002).

2.3. Çocuk İhmal ve İstismarının Tanılanması

Çocuk haklarının bir ihlali olan çocuk ihmal ve istismarı tüm dünyada görülen küresel bir sorundur. Yaşamın her alanında, sosyal statü, ekonomik durum ve yaş grubu ayırt etmeksizin görülebilen ve tekrarlanabilen bir olgudur. Çocuğun ihmal ve istismarcının yeniden zarar vermesi olasılığına karşı korunması önemlidir. Bu noktada mümkün olan en erken aşamada istismarın tanılanması gerekmektedir (Yüksel ve Saner 2016).

Fiziksel istismar, belirtileri nedeniyle en kolay tanımlanabilecek istismar şeklidir. Fiziki muayenede, farklı iyileşme evrelerindeki ekimozlar, vücudun çeşitli bölgelerindeki sigara yanıkları, ısırık izleri, el izleri gibi özel izler, perine ve kalçadaki yanıklar, künt karın travması, subperiostal epifiz veya metafizde küçük kopma kırıkları retinal kanama, çoklu kosta kırıkları, göz hasarları, lens dislokasyonu, spiral kırıklar, sefal hematoma gibi durumlarda fiziksel istismar şüphesi akla gelmelidir (Polat 2004). Ayrıca, çocuğun ilişki kurmakta zorlanması, yoğun öfke duyması ve sosyal yetersizliği de fiziksel istismarı düşündürmelidir (Kaplan vd. 1999). Fiziksel istismarın fiziksel, davranışsal ve bilişsel/akademik belirtileri Şekil 3'de verilmiştir (Üstündağ vd.2015).

Fiziksel Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	Bilişsel/ Akademik Belirtiler
-Vücutun çeşitli yerlerinde sebebi açıklanamayan yaralar ve darbeler	- Cezalandırmayı hak ettiğini düşünme ve kendini suçlama	-Gelişim bozuklukları
-Değişik zamanlarda oluşan tokat, kemer ve ısırık izleri	- Kendinden büyüklerle iletişim kurmaktan çekinme	-Ders notlarında düşme ve başarısızlık
-Vücutun farklı bölgelerinde özellikle sırtta, avuç içinde ve ayak tabanındaki yanık izleri	- Ebeveynlerden korkma, çekinme	
-Daldırma ve sınırları belirli yanıklar	-Olayın yaşandığı yere gitmekten çekinme, korkma	
-Farklı dönemlere ait ekimozlar	- Kendine zarar verme davranışı	
-Belirli bölgelerde kırık kemikler	- Agresif ya da çekingen davranışlar	
-İç kanama	-Fiziksel temastan kaçınma,	
	- Yara ve zedelenme izlerini kapatmak için giyilen kıyafetler	
	- Evi terk etme (ergenlerde)	

Şekil 3.Fiziksel İstismarın Belirtileri

Fiziksel istismar, görünür belirtileri nedeniyle en kolay tanılabilen istismar olmasına karşın, çocuğun genellikle kazayla yaralanma vakası olarak hastaneye getirilmesi tanılanmasını güçleştirmektedir. Hastanenin hangi birimine başvurulursa başvurulsun yaralanma öyküsü ile müracaat eden çocukta fiziksel istismar olasılığı akla getirilmelidir. Yaralanma durumlarında çocuktan ve aileden öykü alınması esnasında detaylı bir fiziksel muayene yapılmalı, incelemeye laboratuvar sonuçları da eklenmelidir. Öyküde; tedavi için müracatta gecikme, anlatılan ifadelerde çelişki, fiziksel bulgular ile uyuşmayan anamnez, yaralanmalardan anne ve babanın birbirini suçlaması, çocuğu ya da başka birini suçlayan ifadelerde bulunması, yaralar konusunda ebeveynlerin ilgisizliği ya da aşırı kaygılı olması gibi durumlarda fiziksel istismar varlığı araştırılmalıdır (Zeyfeoglu vd. 2010).

Duygusal istismar oldukça sık görülmesine karşın, yasal olarak kanıtlanması ve tanı koyulmasında güçlükler bulunmaktadır. Duygusal istismar genellikle çocuğun yakın çevresinden biri ya da çocuk üzerinde otorite sahibi kişiler tarafından

gerçekleştirilmektedir (Taner ve Gökler 2004). Duygusal istismarın, diğer istismar türlerinden farklı olarak somut bulguları bulunmamaktadır ve tek başına mümkün olabileceği gibi cinsel ve fiziksel istismarla birlikte de görülebilir (Kahraman 1993). Duygusal istismarın fiziksel, davranışsal, emosyonel ve bilişsel/akademik belirtileri Şekil 4'de verilmiştir (Üstündağ vd. 2015).

Fiziksel belirtileri	Davranışsal/emosyonel belirtileri	Bilişsel/ Akademik belirtileri
Sözcükleri ve kelimeleri kullanmada zorlanma	Parmak emme gibi alışkanlık regresyonları	Ders notlarında düşme ve okulda başarı gösterememe
Fiziksel gelişimin gecikmesi	Antisosyal davranışlar (suça	
Çocukta kronik hastalıkların şiddetlenmesi	karışma v.b)	
Madde kullanımı	Nevrotik bozukluklar	
	Agresiflik, pasif agresiflik, şikayet etme gibi davranış bozuklukları	
	İntihar gibi kendine zarar verici düşünceler içinde bulunma	
	Sosyal iletişimin etkilenmesi	
	Yaşa uygun olmayan davranışlar	

Şekil 4.Duygusal İstismarın Belirtileri

Cinsel istismar, tanılanması en zor olanıdır. Cinsel istismar vakası her ekonomik düzeyde görülebilmektedir (Walrath 2003). Utanma, kendini suçlama, bulunduğu grup ya da toplumsal yapı tarafından dışlanma korkusu gibi nedenlerden dolayı cinsel istismar vakaları gizli kalmaktadır. Mağdurların sadece %15'inin bildirim yaptığı ve çocukluk çağında cinsel istismara uğrama oranının %10-40 arasında olduğu düşünülmektedir (Kılıçoğlu 2010). Cinsel istismarın fiziksel, davranışsal, duygusal ve bilişsel/akademik belirtileri Şekil 5'de verilmiştir (Üstündağ vd. 2015).

Fiziksel Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	Duygusal Belirtiler	Bilişsel Akademik belirtiler
-Oturma ve yürümekte zorlanma	-Yaşının üstünde cinsel bilgi, uygunsuz cinsel içerikli oyunlar	-Cinsel istismara uğrayan çocukta güven duygusu zedelenmiştir.	-Özgül öğrenme zorluğu
-Kirli, parçalanmış, kanlı iç çamaşırı	-Duygusal durum karışıklıkları, duygularını kontrol edememe	-İstismar eden kişi çocuğu tehdit edebilir bu durumda çocuğun algılama problemleri oluşur	-Dikkat dağınıklığı, -Dağılmış ilgi, -Akademik başarısızlık
-Genital bölge ve çevresinde kaşıntı, ağrı, kızarıklık, kanama ve yaralanmalar	-Depresyon türü yakınmalar	-Kendini suçlama, kaygı ve utanma gibi duygu durum dalgalanmaları	
-İdrar yaparken yanma	-Yaştları ile ilişki kurmada zorlanma		
-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	-Kendini sosyal olarak soyutlama		
	-Yakın temastan fiziksel dokunmadan çekinme		
	-Aşırı kilo alma ya da verme-Belirli kişilerden ve mekanlardan korkma, çekinme		

Şekil 5.Cinsel İstismarın Belirtileri

Çocuğun temel ihtiyaçlarının, bakımını sağlayan kişiler tarafından karşılanmaması ihmal olarak düşünölmektedir. İhmale fiziksel istismardan daha sık rastlanmasına karşın (Polat 2007), tanılanmasındaki güçlükler ve bildirim yetersizliği nedeniyle vakaların çoğu gizli kalmaktadır (Dubowitz 2002).

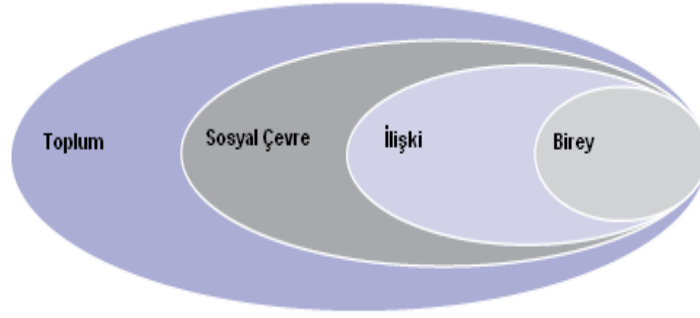
Çocuk ihmalinin fiziksel, davranışsal, duygusal ve bilişsel/akademik belirtileri Şekil 6'da verilmiştir (Üstündağ vd. 2015).

Fiziksel belirtileri	Davranışsal/Duygusal belirtileri	Bilişsel/Akademik belirtileri
<ul style="list-style-type: none"> -Hijyen yetersizliği; yağlı, dağınık saçlar, ter kokusu vb -Mevsime uygun olmayan giysiler -Tedavi edilmemiş hastalıklar, aşıların yaptırılmaması - Gelişim persentil çizelgesinin yaşın altında kalması -Gelişme geriliği gösterme -Bitler, karın şişkinliği, uykusuz görünüm -Aşırı zayıflık 	<ul style="list-style-type: none"> -Kendisine zarar verici tutum ve davranışlar -Hırsızlık, dilencilik -Yorgunluk ve süreklilik arz eden halsizlik -Yetişkinlerin sorumluluklarını üstlenme -Kendisini güvensiz ve değersiz algılama -Güven ve bağlanma problemi -İlgi ihtiyacı nedeni ile uygunsuz talepleri kabul etme -Sosyal davranışlarda bozulma 	<ul style="list-style-type: none"> -Öğrenme güçlüğü -Akademik başarısızlık, düşük notlar -Okula devamsızlık veya sürekli geç kalma

Şekil 6.İhmalin Belirtileri

2.4. Çocuk İhmal ve İstismarının Risk Faktörleri ve Nedenleri

Her toplum fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı bireylere sahip olmak ister. Ancak, çocuk ihmal ve istismarı bireyin gelişimini olumsuz etkileyerek sağlıklı bir toplum yapısının oluşmasına engel olur. Çocuk istismarı ve ihmali birçok faktörün nedenlerin bir sonucudur. Bu faktörler toplumsal yapı, aile yapısı, ana-baba özellikleri ve çocuğun özelliklerinden kaynaklanabilir (Yalçın 2011). DSÖ, Şiddet ve Sağlık Raporu (WHO 2006)'nda çocuk ihmal/istismarına uğrama ihtimalini "Ekolojik Model" ile açıklar (Şekil 7).



Şekil 7. Ekolojik Model

Ekolojik sistemler modelinde, çocuğun içinde yaşadığı sosyal yapı ve toplumsal kurumların çocuk üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etkisi bulunduğu düşünülmektedir. Ekolojik model çerçevesinde incelendiğinde, çocuk istismar/ihmalinin risk faktörleri çocuk, aile, kurumsal ve toplumsal yapıyla ilişkili dört temel grupta incelenmektedir (Wolfe et al. 1995, Açık ve Deveci 2003, Şahin 2001, Metinyurt ve Sarı 2016) (Şekil 8).

Toplumsal / Kurumsal /Çevresel	Aileyle ilgili
<ul style="list-style-type: none"> -Suç oranı -Sosyal hizmetlerin azlığı/yokluğu - Fakirlik -İşsizlik oranının yüksekliği -Kültürel algı ve ekonomi -Gelir ve cinsiyet eşitsizlikleri -Kültürel normlar - Yetersiz aile ve çocuk politikaları - Sağlık ve sosyal politikaların yetersizliği -Yoksul, göç yaşamış ve işsiz toplumlar 	<ul style="list-style-type: none"> -Çocuklukta istismar (fiziksel/seksüel) varlığı -Erken yaşta evlenmiş çiftler -Parçalanmış aileler -Üvey ebeveyn -Duygusal yetersizlik -İletişim azlığı -Düşük benlik saygısı -Alko-maddde bağımlılığı -Sosyal destek yoksunluğu -Aile içi şiddet -Çocuk ayısının fazlalığı -Eğitim seviyesinin düşüklüğü -Ailede ruhsal/ psikolojik hastalık -İstenmeyen gebelik
<p>Çocukla İlgili</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prematürelilik -Düşük doğum ağırlığı -Fiziksel/zihinsel engel -Hiperaktivite -Doğumdan sonra, anneden uzak kalan bebekler 	

Şekil 8.Çocuk İstismarı İçin Risk Faktörleri

Evlilik dışı ya da özel gereksinimi olan, göç ve savaş mağduru çocuklar, eğitim düzeyi ve sosyo ekonomik düzeyi düşük ebeveynlerin çocukları, annesi gebe olan çocuklar, üvey ebeveyn ile yaşayan çocuklar, madde bağımlısı ebeveynlerin çocukları ve istenmeyen çocukların istismar ve ihmale uğrama riski daha yüksektir (Önal vd. 2013).

2.5. Çocuk İhmal ve İstismarının Etkileri

Çocuk istismarı, sadece istismara uğrayan çocuğu değil, başta aile olmak üzere tüm toplumu etkilemektedir. Çocuk istismarının meydana getirdiği fiziksel etkiler geçici olabilir ancak bireyin sosyal ve duygusal gelişimi, erken çocukluk döneminde yaşadıklarına bağlı olarak geliştiğinden (Stirling 2009, Dinleyici ve Dağlı 2015), istismarın etkileri yaşam boyu sürmekte ve bireyin tüm ilişkilerini etkilemektedir (Binngeli et al. 2001).

İstismar ve ihmale uğramış çocuklarla yapılan çalışmalar, çocukların duygusal, zihinsel ve fiziksel pek çok sorun yaşadığını, sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ve sosyal ilişkilerinin bozulduğunu göstermektedir. Çocukluk döneminde doğrudan şiddete maruz kalmasa dahi, şiddeti görmüş ya da duymuş olanların, saldırganlık ve öfke davranışları gösterdiği görülmüştür. Aile içi şiddete maruz kalan çocukların, sosyal uyumsuzluk, kaygı bozukluğu, depresyon, sosyal uyumsuzluk gibi psikolojik ve sosyal sorunlar yaşadığı ve bilişsel gelişimlerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Özmen 2004). Çocukluk döneminde fiziksel istismara uğrayan bireylerde intihar düşüncesi ve girişimine daha sık rastlanmaktadır (Tackett 2002). Ağır fiziksel istismara uğrayan çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu, psikiyatrik sorunlar ve sosyal uyumsuzluklar sık karşılaşılan bir durumdur (Pelkovitz et al. 1994).

Duygusal istismar çocuklarda; iştahsızlık, enürezis, enkoprezis, hırsızlık, yalan söyleme, güven eksikliği, alkol-madde bağımlılığı, sosyal uyum problemleri, duygusal açıdan tutarsızlık, benlik saygısında azalma, saldırganlık davranışlarına ve kalıtsal

nedeni olmayan büyüme/gelişme geriliği, depresyon, intihar girişimi/düşüncelerine neden olmaktadır (Ünal 2008). Geçmişte duygusal istismara uğrayanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kortizol düzeylerinde artış saptanmıştır. Ayrıca literatürde duygusal istismarın tip II diyabet, obezite, migren ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olabileceğini gösteren çalışma bulunmaktadır (Shonkoff 2012).

Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismar bireyin tüm yaşantısını köklü olarak değiştiren, psikolojik, bilişsel ve sosyal gelişimini bozan, ciddi travmaya neden olan bir deneyimdir (Moore 2005). Cinsel istismarın çocuk üzerine etkisi, tekrarlanma durumuna, kim tarafından nasıl yapıldığına ve yaş dönemine bağlı olarak değişmektedir (Oates 1991). Çocuklukta cinsel istismar mağduru olan bireylerin, öfke kontrolünün olumsuz etkilendiği (Yudkin 1992), aşırı derecede korku ve fobi, duygusal dalgalanmalar, aşırı suçluluk, utanç ve çaresizlik duyguları yaşadığı, obsessif-kompulsif davranışlar gösterdiği, zaman oryantasyonunun bozulduğu, kendine zarar verme eğiliminde olduğu, sanrı ve kabuslar gördüğü bildirilmektedir (Ratican 1992). Cinsel istismar kurbanlarında, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, ikincil enürezis ve enkoprezis de sık rastlanan bir durumdur. Cinsel istismara uğrayan çocuklar erotik davranışlar gösterebilir, cinsel içerikli oyunlar oynayabilir. (Elliot 1993).

Sosyal öğrenme teorisi, çocukların davranışları rol model olarak ve gözlemleyerek öğrendiklerini savunmaktadır (İnanç vd. 2004). Buna göre anne ve babaları tarafından ihmal/istismar edilen ya da aile içinde şiddete tanık olan çocuklar, maruz kaldığı davranışları gözlemleyerek, taklit ederek veya rol model olarak istismarcı bir kişilik geliştirebilmektedir (Aral ve Gürsoy 2001). Örneğin, çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanlar, cinsel istismar uygulama konusunda riskli bireylerdir (Ornduff vd. 2001).

Alfred Adler (2006), yaşamının ilk yıllarında ilgisizlik ve ihmal nedeni ile çocuğun yaşamını kaybedebileceğine dikkat çekmiştir. İhmal edilen ve ilgilenilmeyen çocuğun, dış dünya ile iletişimi bozulur. Kendisine güven duygusu gelişmeyen ve potansiyelinin

farkında olmayan ihmal edilmiş çocuk, toplumu düşman olarak algılayabilir. Yaşamında başarısızlık olan pek çok kişi ailesi tarafından ihmal edilmiştir ve güven duygusu zarar gördüğünden, sağlıklı bir bağlanma ilişkisi kuramamıştır. İhmal edilmiş çocuklar, beğeni kazanmak ve ilgi görmek amacı ile risk almaya eğilimlidir ve kötü niyetli bireyler tarafından kolaylıkla kandırılabilir. Alfred Adler (2006), aile içerisinde onaylanmadığını düşünen kız çocuklarının, beğenilme ve ilgi çekmek amacı ile erken cinsel ilişki yaşamaya başladıklarını belirtmiştir. İhmal edilen çocuklarda, akademik ve bilişsel bozukluklar, sosyal uyumsuzluk, arkadaş ilişkilerinde bozulma ve içe kapanma davranışı, fiziksel istismara uğrayan çocuklardan daha ağır görülmektedir (Kathryn and David 2002). Çocuk ihmal ve istismarının bazı ruhsal, sosyal ve bedensel olumsuz sonuçları Şekil 9'da özetlenmiştir (Üstündağ, 2015).

Fiziksel Sağlıkla İlgili	Psikolojik
-Kafa travmaları	-Alkol-madde kullanımı/bağımlılığı
-Merkezi sinir sistemi hasarları	-Bilişsel sorunlar
-Çürük ve ezikler	-Suça yönelme
-Kırıklar	-Depresyon ve kaygı bozukluğu
-Yanıklar	-Gelişimsel gerilikler
-Görme kayıpları	-Yeme ve uyku bozuklukları
-Bedensel engel	-Artmış utangaçlık ve suçluluk duyguları
Sosyal	-Hiperaktivite
- iletişim becerilerinde, paylaşmada yetersizlik	-Sosyal ilişkilerin azalması
-Oyun oynama becerilerinde yetersizlik	-Akademik başarıda düşme
-İçe kapanık /çekingen davranışlar	-Düşük özgüven ve benlik saygısı
Cinsel Gelişim ve Üreme Sağlığı	-Travma sonrası stres bozukluğu
-Üreme sağlığı ile ilgili problemler	-Psiko-somatik rahatsızlıklar
-Cinsel sorunlar, hastalıklar	-İntihar eğilimi
-İstenmeyen hamilelikler	-Evden ayrılma kaçma

Şekil 9.Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuk Üzerine Etkileri

Çİİ yalnızca çocuğu değil, aileyi de her yönüyle etkilemektedir. Toplumun en küçük sosyal yapısı olan aile, şiddetin en yaygın yaşandığı ve en fazla etkilendiği birimdir (Tatlıcalı 2009).

Çocukluk çağında ihmal ya da istismara maruz kalan bireyler yaşadıkları travmayı gelecekte kuracağı aile yaşantısına taşımaktadır. Bir çok araştırma, geçmişinde aile içi ihmal/ istismara maruz kalan bireyin kendi kurduğu ailede ihmal ve istismar uygulama oranının yüksek olduğunu göstermiştir (Babahanoğlu vd. 2016). Ebeveynlerin olaylara yaklaşım ve sorun çözme eğilimleri çocuklar için bir rol model olarak algılandığından özellikle aile içi şiddet, şiddeti doğurmaktadır (Genç ve Barış 2015, Metinyurt, ve Sarı 2016) Benzer şekilde cinsel olarak istismara uğrayan bireylerin, çocuklarını cinsel istismara karşı korumadıkları ya da istismar uygulayıcısı oldukları görülmüştür (Çeçen 2007, Kürklü 2011). Güler (2002), çocuğunu ihmal eden ya da istismar uygulayan annelerde, eş tarafından fiziksel şiddete uğramanın önemli bir etken olduğunu bulmuştur.

Çocukların bilinçli, nitelikli ve sorumluluk sahibi bireyler olarak yetişmesi toplumun geleceği ile ilişkilidir (Kürklü 2011). Sağlıklı bir ortamda yetişen bireyler özgüveni yüksek ve sağlıklı bireyler olmaktadır (Şenver 2006). İstismara uğrayan çocuk güçsüzlük (powerlessness) ya da çaresizlik hissini çok yoğun bir şekilde yaşar. Çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ile başa çıkmaya çalışan birey aynı zorbalığı başkasına da yöneltebilir (Çeçen 2007). Bu durum çocuğu gelecekteki yaşamında potansiyel suçlu haline getirmektedir. Lewis et al. (2007) tarafından yapılan çalışmada, cezaevinde yatmakta olan kadınların, yarısına yakınında çocukluk dönemine ait istismar/ihmal öyküsü saptanmıştır. Siegel ve Williams (2003), tutuklu kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada çocukluk çağında cinsel istismara uğrama oranının genel nüfusa göre 2-3 kat daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Sheldrick (1991), çocuk cinsel istimarı ve tecavüz gibi cinsel suçlardan cezası bulunanların %57- 80 oranında çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olduğunu tespit etmiştir. Yine Amerika'da hapisyanede bulunan

kadınların %31'inde çocukluk çağında istismar öyküsü olduğu, hayat kadınlarında bu oranın %95'e çıktığı bildirilmektedir (Akdoğan 2006).

Çocuk ihmal ve istismarı, çocuk, aile ve toplum üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle, mümkün olan en erken dönemde tanınmalı ve önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

2.6. Çocuk İhmal/ İstismarının Önlenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Rollerini

Çocuk istismarının ve ihmalinin önlenmesi, tedavi edilmesinden daha etkili ve başarılı bir eylemdir ve çeşitli yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır (Dikmen vd. 2011). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini 20 Kasım 1989'da oybirliği ile kabul etmiştir. 28 Ocak 1990 tarihinde 61 ülke tarafından imzalanan sözleşme, 2 Eylül 1990'da uluslararası bir yasa gücüyle yürürlüğe girmiştir. Türkiye tarafından imzalanan Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde, Resmi Gazete'de yayınlanmış ve 4058 sayılı yasa ile uygulanmaya başlamıştır (Uncu 2013, Kurt 2016). Sözleşme hükümleri, çocukların ihmalden, açlık ve yoksulluktan, kötü davranışlardan ve sömürüden uzakta, potansiyellerini gerçekleştirebileceği yaşama, gelişme, korunma ve katılım başlıkları altında temel hakları kapsamaktadır (Solak 2018). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19, 34 ve 39'uncu hükümleri çocuk ihmal ve istismarının önlenmesiyle alakalıdır (Dikmen vd. 2011). Bu sözleşme hükümleri ve ilgili yasalar doğrultusunda sağlık çalışanlarına da, çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi konusunda görev ve sorumluluklar düşmektedir (Kurt 2016).

Çocuk ihmal ve istismarının önlenmesinde birincil, ikincil ve üçüncül önleme olmak üzere üç basamaklı bir eylem planı geliştirilmesi önerilmektedir (Reece 1999).

Birincil önlenme stratejileri, çocuk istismar ve ihmalini engelleyici faaliyetlerden oluşmakta ve çocuğun değerini, toplumsal düzeyde artıracak stratejilerin uygulanmasını

amaçlamaktadır. Toplumun eğitimi, sağlık ekibinin eğitimi, risk altındaki bireylerin belirlenmesi, danışmanlık ve koruyucu hizmetlerinin sağlanması birincil önlemlerden bazılarıdır (Keskin ve Çam 2005). Bu stratejiler; ekonomi politikaları ile ailelerin öz yeterliliğinin artırılması, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir olması, disiplin amacıyla kullanılan şiddet formların kırılması, sosyal hizmetlerin genişletilmesi, alkol ve uyuşturucu gibi madde kullanımının, psikolojik sorunların tanınması ve tedavilerini geliştirmesi, çocuk bakımının karşılanabilir olması ve aile planlaması ile istenmeyen çocukların dünyaya gelmesinin önlenmesi olarak özetlenebilir (Bethea 1999). Sosyal politikalar ile ailelerin ve çocukların yaşam koşulları iyileştirilmesi, toplumun çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalığının artırılması için kitle iletişim araçlarından yararlanılması önemlidir. Toplumsal olarak gelişme sağlayan her uygulama öncelikle aile ve çocuklar üzerine de olumlu etkiler yaratır. Bu nedenle birincil önleme çalışmaları, toplumsal sorunların iyileştirilmesine yönelik aşağıdaki hizmetleri sağlamalıdır (Yalçın 2011).

- Hukuksal alanda reformların yapılması
- Halkın bilinçlendirilmesi
- Çocuk hakları ile ilgili ulusal yasaların uygulanması
- Çocuğa yönelik ihmal ve istismarı azaltmak üzere kültürel ve sosyal yapı değişiklikleri
- Ekonomik dengesizliklerin iyileştirilmesi
- İstismar/ihmal ile ilgili riskli aile ve bireylerin belirlenmesi
- Risk altındaki bireylere yönelik danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin verilmesi
- Ebeveynlere yönelik, ev ziyaretleri ve eğitimsel faaliyetlerin sürdürülmesi
- Sağlık hizmetlerinde çalışan personel ve öğretmenlere profesyonel eğitim verilmesi

İkincil önleme stratejileri ise, çocuk istismarı ve ihmali riski altında olduğu belirlenen gruplara yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Riskli grupta yer alan birey ve aileler, kayıt altına alınmalı ve düzenli olarak izlenmelidir. Bu izleme çalışmaları sırasında çocuk gelişimi, iletişim, kadının aile içinde güçlendirilmesi, eğitimi, kadın ve çocuk hakları vb. konularda danışmanlık yapılması önerilmektedir (Keskin ve Çam 2005).

Birincil ve ikincil önleme stratejileri kapsamında değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının önemli görevlerinden biri sağlık eğitimi ve danışmanlığı yapmaktır. Özellikle ebeler üreme sağlığı konularında kilit rol oynamaları nedeniyle, ailenin kolaylıkla içine girebilmekte, en mahrem konularda veri toplayabilmekte ve olası sorunları erken dönemde tespit edebilmektedir. Ayrıca ebeler, kadın ve çocukların ihmal ve istismar konusunda eğitimlerinde etkili bir biçimde değerlendirilebilir. Bu açıdan bakıldığında birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan tüm sağlık profesyonellerine görev düşmektedir (Greco and Worley 2001). Ülkemizde mevcut sağlık sistemi içinde aile sağlığı merkezleri rehberliğinde eğitim programları düzenlenebilir ve ev ziyaretleri bu amaçla kullanılabilir (McDonald et al. 2006, Türker 2017).

Sağlık çalışanlarının birincil önleme programı kapsamında yer alan bu rolleri yerine getirebilmesi için, bilgi ve becerisinin yeterli ve güncel olması gereklidir. Çocuk ihmal ve istismar olgularında riskli gruplar, tarama, uygun yaklaşım, tanı konulması ve tanı sonrası müdahaleler hakkında bilgi sahibi olması önemlidir (Pinheiro 2006, Akın vd. 2016)

İstismar olgularında erken tanı, uygun tedavi ve izlem önemlidir. Çünkü tanı konulmamış ve müdahale edilememiş istismar vakalarında istismarın tekrarlanma olasılığı %30-50, ölüm olasılığı %5-10 oranındadır (Akın vd. 2016)

Üçüncül önlem stratejileri ise, mağdurun yeniden istismar ve ihmale uğramasını önleme ve ruhsal yaralanmaların tedavi ve rehabilitasyonuna odaklanmaktadır. Çocuk koruma ve izlem merkezleri tarafından yürütülen üçüncül önleme stratejileri, tedavinin yanında istismar ve ihmal vakalarında, sosyal ve adli bildirimlerin yapılmasını da içermektedir (Altan 2015). Bu kapsamda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından dezavantajlı grupların (kadın, çocuk, yaşlı, engelli vs) ihmal, istismar ve şiddete maruz kalması halinde bildirim yapılabilmesi için 81 ilde, 24 saat hizmet veren acil müdahale ekipleri kurulmuştur. İstismar vakaları kolluk kuvvetlerine ve Alo 183 Çağrı merkezlerine bildirilebilmektedir (Türker 2017). Ayrıca cinsel istismara maruz kalma şüphesi/riski altındaki çocukların adli muayene, ifadesini alma ve tüm soruşturma işlemlerinin çocuğa zarar vermeden tek merkezde yapılması için Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler bünyesinde 27 ilde, toplam 30 Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) kurulmuştur. Ocak 2011- Mayıs 2016 yılları arasında ÇİM'lere 21.068 olgu başvurmuş olu, vakaların %15'i erkek, %85'i kız çocuktur (Türkiye'de Çocuk İstismarı Raporu-II, 2018).

Toplum genel olarak, çocuğun ihmal ve istismar edilmesini korkunç ve kötü bir eylem olarak kabul etse de, çoğu zaman yok sayarak üstünü örtebilmektedir (Keskin ve Çam 2005). İstismar mağduru, çoğunlukla yaralanma ve hastalıklar nedeniyle hastaneye başvurduğunda belirlenebilmektedir. Bu durumda çocuk istismar ve ihmalinin tanılanmasında sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Çocuk istismar ve ihmalinin ortaya çıkarılmasındaki en önemli aşama, şüphe duymaktır. Sağlık personelleri, şüphe duydukları vakalarda, şüphesinin yersiz olduğunu düşünse bile, ileri değerlendirme yapmalıdır. Sağlık kuruluşuna başvurmada yaşanan gecikme, çelişkili öykünün varlığı, şüpheli travma vakası sağlık personelinde şüphe uyandırması gereken durumlardır (Önal vd. 2013).

Fakat istismar ve ihmalden şüphelenen sağlık çalışanı "insanları boşuna suçluyor olacağı" kaygısıyla ile "yok sayma" eğiliminde olabilmekte ve bazen de konu hakkında yetersiz bilgiye sahip olması nedeniyle tanı koyamamaktadır. Sağlık çalışanın özel yaşantısı, istismar ve ihmal olgularında tutumunu etkilemektedir. Örneğin çocuğuna fiziksel cezalandırma yöntemlerini uygulayan ya da uygulanmasına toleranslı olan sağlık çalışanlarının fiziksel istismarı tanıma becerisi de azalmaktadır. Aynı şekilde duygusal istismar veya ihmal olduğunda sağlık çalışanlarının kendilerini fazla yargılayıcı hissettikleri belirlenmiştir. Sağlık çalışanın sosyo-kültürel olarak kendine benzeyen ve tanıdığı olan ailelerde istismar tanısı koymakta zorlanmaktadır (Güney 2010).

Sağlık çalışanları istismar ve ihmalin belirti ve bulgularını tanıyabilmelidir (Zeyfeoglu vd. 2010) Fakat çalışmalar sağlık personelinin çocuk ihmal ve istismarının risk faktörlerinin belirlenmesi ve tanınması konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (Gölge vd. 2012). Kamiloğlu (2018) tarafından Ankara'da 242 aile hekimi asistanı ile yapılan çalışmada, asistanların %34,7'sinin yasal süreç-bildirim yapma konusunda, % 28,1'in deneyim ve bilgi düzeyi konusunda, %27,3'ünün rapor tutma konusunda, %5,4'ünün fizik muayene %4,5'inin öykü-anamnez alma konusunda kendilerini eksik hissettiği belirlenmiştir.

Gölge vd. (2012)'i ise, hekim, ebe ve hemşirelerin istismar ve ihmali tanıma açısından farklılık göstermediğini fakat istismara ve ihmale yatkın çocuğun özelliklerini hekimlerin daha iyi belirlediklerini saptamıştır. Çatık ve Çam'ın (2006) yaptığı araştırmada ise hemşirelerin diğer istismar türlerine oranla fiziksel istismarı daha iyi düzeyde tanımladıkları, ancak diğer istismar türleri için bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Ben Yehuda vd. (2010), sağlık personelinin % 80'e yakınının çocuk ihmal/istismarı konusunda eğitim ihtiyacı olduğunu bildirmektedir.

Kara, Çalışkan ve Suskan (2014)'ın hekimlerle (n=550) yaptığı çalışmada, hekimlerin çocuk istismar ve ihmali ve konusunda yaklaşım ve bilgi düzeyleri açısından

farklılıklar bulunduğunu ve şüphelendiği vakalar ile karşılaşmasına rağmen %15'inin bildirim yapmadığını bildirmiştir. Oysa sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı konusunda bildirim yapma yükümlülüğü bulunmaktadır. Türk Ceza Kanunu (TCK)'nın 278/1'e göre; suçu ilgili mercilere bildirmeyen kişi, altı aydan bir yıla kadar mahkumiyet ile cezalandırılır. TCK 280. Madde 1. bendinde görevi esnasında, bir suçun işlendiği yönünde bir işaret ile karşılaşan ve durumu ilgili mercilere bildirmeyen/gecilken sağlık çalışanının bir yıla kadar hapis cezası ile alacağı belirtilmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi hükümleri ve TCK sağlık çalışanlarını ihmal/istismara uğrayan çocuğu bildirmekle yükümlü kılmaktadır.

Sağlık çalışanı, hastayı kaybetme kaygısı, mahkemeye gitme korkusu, istismar tanısı ve tedavisindeki yetersizlikler nedeni ile istismar raporu hazırlarken huzursuzluk yaşamaktadır. Yazar ve Yarış (2011)'in aktardığına göre, Armstrong ve Wood tarafından Avustralya'da 100 pratisyen ve 124 pediatrist ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %43'ünün en az bir kez çocuk ihmal veya istismarından şüphelendiği fakat yasal zorunluluğa rağmen raporlamadığı bulunmuştur. Benzer şekilde İsveç'te Borres ve Hägg (2007) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları, hekimlerin üçte ikisinin ihmal ve istismardan şüphelendikleri fakat rapor etmemeyi tercih ettiklerini göstermektedir. Kuveyt'te çocuk doktorları (n=117) ile yapılan bir çalışmada, % 80'den fazla doktorun istismar ve ihmal olgusu ile karşılaştığında yasal süreçte neler yapılması gerektiğini bilmediği bulunmuştur (Moos et al. 2003). İrlanda'da Lazenbatt ve Freeman (2006) tarafından yapılan ve diş hekimi, hekim ve hemşire olmak üzere toplam 419 sağlık çalışanını kapsayan çalışmada; katılımcıların %74'ü fiziksel istismar ve ihmal vakalarında bildirim yapma zorunluluğunu bilmelerine karşın %79'u konu hakkında eğitim gereksinimi olduğunu ifade etmektedir. Canbaz vd (..TARİH) Samsun'da yaptıkları çalışmada, bilgi eksikliği nedeniyle pratisyen hekimlerinin % 28.6'sının ihmal ve istismar olgularını atladıklarını bildirmektedir. Arıkan vd (TARİH) tarafından Erzurum'da yapılan bir başka çalışmada ise hemşirelerin % 35.3'ünün ihmal ve %25.0'inin de istismar tanımını bildikleri belirlenmiştir

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın uygulanması aşamasında kullanılan gereç ve yöntemlere değinilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Sağlık çalışanlarının Çİİ konusunda bilgi ve risk düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı kesitsel tiptedir. Araştırmada şu sorulara cevap bulunması hedeflenmiştir

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumları ile gösterdikleri yaklaşımlar, hizmet içi ve mezuniyet öncesi eğitim alma durumları, çocuk ihmali ve istismarı ile karılaştıklarında zorlandıkları konular, bildirim yapma durumları, bildirim yapma engeller, bilgi düzeyleri ve eğitim gereksinimleri nelerdir?

Sağlık çalışanlarının "Çocuk istismarı/ ihmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği'nden aldıkları puanlar, cinsiyet, meslek, medeni durum, mezuniyet öncesi ya da hizmet içi eğitim alma durumu, istismarla karşılaşma durumu ve istismarla karşılaştığında doğru yaklaşım gösterme durumları açısından farklılık göstermekte midir?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 03 Mart - 30 Temmuz 2018 tarih aralığında yapılmıştır.

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı ve Karabük Üniversitesi arasında imzalanan protokol ile 77.200 m2 kapalı alanı ve tescilli 462 yatak

kapasitesi ile afiliye hastane olarak hizmet vermektedir. Hastaneye 2017 yılında 1.087.118 hasta müracaat etmiş olup, bunun 55.958'i Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine müracaat eden çocuklardır. 2017 yılı içinde, acil kliniğe başvuran hasta sayısı 278.182, yatan hasta sayısı 27.654'dür ve bunun 2682'si yatarak tedavi görmüş olan çocuk hastalardır. Ülkemizde 27 ilde bulunan ÇİM merkezlerinden biri hastane bünyesinde hizmet vermektedir. 2017 yılı içerisinde ÇİM'e başvuran vaka sayısı 160'dır. Hastanede ÇİM bölümünde 1 Adli Tıp Uzmanı, 2 Sosyal Hizmet Uzmanı, 3 psikolog ve 1 Çocuk Gelişim Uzmanı olmak üzere toplam 7 personel hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 633 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup verilerin toplanması döneminde;

- izinli ya da raporlu olmayan
- çalışmada yer almaya istekli olan toplam 346 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çocuk İzlem Merkezi(ÇİM) biriminde görev yapan sağlık çalışanların verilerin güvenilirliğini etkileme olasılığı nedeniyle araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Evren örneklemin mesleklere göre dağılımı Şekil 10'de verilmiştir.

Mesleği	Hastanede görevli toplam personel sayısı	Örneklem sayısı
ATT	27	21
Ebe	123	70
Hemşire	305	160
Hekim	138	63
Sağlık Memuru	40	32
Toplam	633	346

Şekil 10. Araştırmanın Evren ve örneklemi

3.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler

Araştırmada, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTÖ) ölçek puanları, istismarla karşılaşma ve doğru yaklaşım gösterme bağımlı değişkenlerdir. Bağımsız değişkenler ise, cinsiyet, meslek, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk varlığı, çocukla ilgili birimde çalışma, çalıştığı birim, çalışma yılı, Çİİ ile karşılaşma varlığı, çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumunda zorlandığı durumlar, bildirim ve yaklaşım tutumları, bildirim yapma engelleri ve eğitim alma durumlarıdır

3.5. Veri toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu, Uysal (1998) tarafından geliştirilen "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve çalışma yaşamı özellikleri ile çocuk ihmal ve istismarı konusuna yaklaşımları, bildirim yapma durumları ve engellerini sorgulayan toplam 22 adet sorudan oluşmuştur.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek, Uysal (1998) tarafından geliştirilmiştir. Beşli likert tipinde cevaplanan ölçek, istismar/ihmale yatkın çocukların özellikleri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, çocuk istismar/ihmalinde ailesel özellikler, istismar/ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismarın çocuktaki davranışsal belirtiler ve istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri olmak üzere 6 alt boyut ve 67 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği alt boyutlarına göre

oluşturan maddeler Şekil 5'de verilmiştir. Ölçeğin 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30,32,34, 41,42,46,49,54,56,59,61,63 maddeleri ters girişlidir (EK2).

Çocukta Fiziksel Belirtiler	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13, 15,16,17,18,19,20
İhmal belirtileri	21,22,23,24,25,26,27
Davranışsal belirtiler	14,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,67
Ebeveyn özelliği	42,43,44,45,46,47,48,49,50,55,60,66
Çocuk Özelliği	41,52,53,54,56
Ailesel özellikler	57,58,59,61,62,63,64,65

Şekil 11.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Maddelerinin Alt boyutlara Göre Dağılımı

Ölçek maddeleri, çok doğru (1), oldukça doğru (2), kararsızım (3), pek doğru değil (4) ve hiç doğru değil (5) şeklinde puanlanmakta olup, toplam puan ortalaması 5'li likert tipine dönüştürülerek hesaplanmaktadır. Puan ortalamasının 5'e yaklaşması sağlık çalışanlarının soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3'den uzaklaşması ise yanlış cevaplandıklarını belirtmektedir (Uysal, 1998). Geliştirilme aşamasında ölçeğin iç güvenilirlik testi cronbach alfa değeri ,924 olup, bu çalışmada cronbach alfa değeri ,847 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Anketler araştırmacı tarafından sağlık çalışanlarının çalıştığı birimlere, farklı zaman dilimlerinde gidilerek dağıtılmıştır. Anket dağıtılmadan önce, araştırmacının önemi ve amacı anlatılarak çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmada istekli olarak yer almayı kabul eden sağlık çalışanlarına anketler verildikten sonra doldurmaları için süre verilmiştir. Araştırmada formların doldurulması ortalama 20-25 dakika zaman almıştır.

Araştırmada, rneklem seçimine gidilmeyip tüm sağlık çalışanlarına ulaşılması planlanmasına rağmen (N=633), araştırmaya katılmak konusunda sağlık çalışanlarının dirençli olması nedeniyle yalnızca 346 sağlık çalışanına ulaşılabılmıştır

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan toplanan veriler bilgisayar ortamına aktararak analiz edilmiştir. Verilerin dağılımları tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanılarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken normal dağılım gösteren değişkenlerde student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın tasarlanması aşamasında "ocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik lek"in kullanılabilmesi için, leği geliştiren Doç. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN'dan e posta yoluyla izin alınmıştır (EK-4). Veriler toplanmaya başlanmadan önce, Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (EK -3) etik uygunluk onayı ve Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (EK-3) kurum izni alınmıştır. Örneklemi oluşturan sağlık çalışanlarına araştırmanın önemi ve amacı anlatıldıktan sonra, Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 5) ile onayları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın en önemli sınırlılığı, sağlık çalışanın kendi çocukları için fiziksel ve duygusal şiddeti disiplin aracı olarak kullanıp, kullanmadığının değerlendirilmemiş olmasıdır. Ayrıca araştırmanın çocuklarla en sık karşılaşılan kliniklerde çalışan sağlık

personeli ile yapılması yerine tüm sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiş olması da bir sınırlılık olarak dűřünülebilir.



4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler;

4.1. Sağlık çalışanların sosyo-demografik, çalışma yaşamı özellikleri ve Çİİ yönelik yaklaşım ve bilgi düzeylerine ilişkin bulgular

4.2. Sağlık çalışanlarının " ÇİİBRTÖ" Puanlarının bazı değişkenler açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular olmak üzere 2 (iki) ana başlık altında sunulmuştur.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik, Çalışma Yaşamı Özellikleri ve Çocuk İhmal/ İstismarına Yönelik Yaklaşım ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde sağlık çalışanlarının yaş, eğitim durumu, meslek, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, çalıştığı birim, çalışma yılı, çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumu, çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumunda zorlandığı konular, bildirim yapma ve yaklaşımları, bildirim yapma engelleri ve konu hakkında eğitim alma durumlarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 1'de örnekleme oluşturan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik bilgileri ve çalışma yaşamı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $36,7 \pm 8,0$ 'dir. Sağlık çalışanlarının %6,1'i ATT (n=21), % 9,3'ünü sağlık memuru (n=32), %18,2'si hekim (n=63), %20,2'si ebe (n=70) ve %46,2'sini (n=160) hemşirelerden oluşmakta olup, %23,7'si erkek, %76,3'ü kadındır (Tablo 1). Eğitim durumu açısından incelendiğinde sağlık çalışanlarının %6,6'sının sağlık meslek lisesi, %32,7'sinin ön lisans, %37'sinin lisans, %5,5'inin yüksek lisans ve %18,2'sinin Tıp Fakültesi mezunu

olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının %75,7'sinin evli ve %69,1'nin ise çocuğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1.Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamı Özellikleri

	Özellikler	n	%
Meslek	ATT	21	6,1
	Sağlık Memuru	32	9,3
	Hekim	63	18,2
	Ebe	70	20,2
	Hemşire	160	46,2
Cinsiyet	Kadın	264	76,3
	Erkek	82	23,7
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	23	6,6
	Ön Lisans	113	32,7
	Lisans	128	37,0
	Yüksek Lisans	19	5,5
	Tıp Fakültesi	63	18,2
Medeni Durum	Evli	262	75,7
	Bekar	84	24,3
Çocuk Varlığı	Evet	239	69,1
	Hayır	107	30,9
Çocukla İlgili Birimde Çalışma	Evet	139	40,2
	Hayır	207	59,8
Halen Çalıştığı Birim	Cerrahi Klinik	47	13,6
	Patoloji	9	2,6
	Ameliyathane	5	1,4
	Erişkin Yoğun Bakım	37	10,7
	İdari Hizmetler	29	8,4
	Dahili Klinik	154	44,5
	Acil Servis	56	16,2
	Yenidoğan Yoğun Bakım	9	2,6
Toplam		346	100,0
			Mean/Ss
	Çalışma yılı ortalaması		14,2±8,8
	Yaş Ortalaması		36,7±8

Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ilişkin özellikler incelendiğinde çoğunluğunun (%59,8) meslek hayatı boyunca çocukla ilgili bir birimde çalışmadığı, %44,5'nin dahili kliniklerde %16,2'sinin acil serviste görev yaptığı ve çalışma yılı ortalamasının $14,2 \pm 8,8$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya katılanların sadece %29,5'i mesleki yaşamında çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaştığını bildirmiş olup, %70,5'i karşılaşmamıştır. Mesleki yaşamında çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşanların (n=102), %28,4'ü duygusal istismar, %52,9'u fiziksel istismar, %58,8'i cinsel istismar ve % 69,6'sı ihmal ile karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2.Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali/İstismarı İle Karşılaşma Durumları

		n*	%
Mesleki alanda çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşma durumu	Evet	102	29,5
	Hayır	244	70,5
	Toplam	346	100,0
İhmal ile karşılaşma	Evet	71	69,6
	Hayır	31	30,4
	Toplam	102	100
Fiziksel istismar ile karşılaşma	Evet	54	52,9
	Hayır	48	47,1
	Toplam	102	100,0
Cinsel istismar ile karşılaşma	Evet	60	58,8
	Hayır	62	41,2
	Toplam	102	100,0
Duygusal istismar ile karşılaşma	Evet	29	28,4
	Hayır	73	71,6
	Toplam	102	100,0
Yakın çevresinde çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşma durumu	Evet	21	6,1
	Hayır	325	93,9
	Toplam	346	100,0

* Bu soruya birden fazla seçenekte cevap verildiğinden n sayısı katlanmıştır. Evet diyenler üzerinden değerlendirilmiştir.

Çalışmada mesleki yaşamında çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaştığını ifade eden sağlık çalışanlarına zorlandığı konuların neler olduğu sorulmuştur. Sağlık çalışanlarının %7,8'i tedavi (n=8), %33,3'ü kayıt tutma (n=34), % 43,1'i gerekli kurumlar ile iletişime geçme (n=44), %54,9'u fiziki muayene (n=56) ve çoğunluğu (% 73,5) anamnez (n=75) alma aşamasında zorlandığını bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3.Çİİ İle Karşılaşan Sağlık Çalışanlarının Zorlandığı Durumlar(n=102)

		n*	%
Öykü- Anamnez	Evet	75	73,5
	Hayır	27	26,5
Kayıt Tutma	Evet	34	33,3
	Hayır	68	66,7
Fiziki Muayene	Evet	56	54,9
	Hayır	46	45,1
Gerekli kurumlarla iletişime geçme	Evet	44	43,1
	Hayır	58	56,9
Yasal Süreç	Evet	47	46,1
	Hayır	55	53,9
Tedavi	Evet	8	7,8
	Hayır	94	92,2

*Birden fazla seçenekte cevap verildiği için n sayısı katlanmıştır

Araştırmada sağlık çalışanlarının %28,6'sı çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma olasılığında bildirim yapmayacağını % 71,4'ü ise bildirim yapacağını beyan etmektedir (Tablo 4).

Araştırmada çocuk ihmal/istismarı ile karşılaşması halinde bildirim yapacağını beyan eden sağlık çalışanlarına (n=247), “şüpheli bir durumla karşılaştığınızda ne yaparsınız ” sorusuna yanıt vermesi istenmiş ve alınan yanıtlar gruplanarak değerlendirilmiştir. Buna göre; sağlık çalışanlarının %6,0'ı “düşünmeden tepki veririm, her türlü müdahaleyi yaparım, ağlarım” şeklinde duygusal tepkileri olacağını bildirmiş,

%14,2'si gerekli mercilere şikayet edeceğini, %5,7'si adli rapor tutacağını, % 12,9'u ÇİM'e ,%13,8'i sosyal hizmet uzmanına, %18,2 si hekime bildireceğini ve %34,4'ü polisi arayacağını ifade etmiştir. Bu cevaplar doğrultusunda, duygusal tepki verenlerle, gerekli mercilere şikayet edeceğini bildiren fakat bunun neresi olduğunu ifade edemeyenlerin yaklaşımı “yanlış yaklaşım” olarak değerlendirilmiş ve sağlık çalışanlarının %19.3'ünün doğru yaklaşım sergilemeyeceği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4.Sağlık Çalışanlarının Çİİ Konusunda Bildirim ve Yaklaşımları

		n	%
Çocuk ihmali/istismarı ile karşılaşsanız bildirim yapar mısınız ?	Evet	247	71,4
	Hayır	99	28,6
Toplam		346	100
Çocuk ihmali ve istismarı şüphesi/vakası varlığında ne yaparsınız ?	Duygusal tepki (düşünmeden tepki verme,her türlü müdahaleyi yapacağını,ağlayacağını beyan etme)	15	6,07
	Gerekli mercilere şikayet edeceğini beyan etme	35	14,2
	Polisi arama	85	34,4
	ÇİM'e bildirim	32	12,9
	Sosyal Hizmete bildirme	34	13,8
	Hekime bildirim	45	18,2
	Adli rapor tutacağını ifade etme	14	5,7
Doğru Yaklaşım Gösterme*	Evet	210	80,7
	Hayır**	50	19,3

* Bu soruya birden fazla seçenekte cevap verilmiştir

** Duygusal tepki (düşünmeden tepki verme,her türlü müdahaleyi yapacağını,ağlayacağını), beyan edenler ile,gerekli mercilere şikayet edeceğini bildiren fakat bunun neresi olduğunu ifade edemeyenlerin yaklaşımı yanlış olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada bildirim yapmayacağını beyan eden sağlık çalışanlarının(n=99), %90.9'u "yanlış tanı koymaktan endişelenme", % 49.5'i "bildirim yapacağı yeri bilmeme",

%10,1'i "yeterli zamanı olmadığını düşünme" %24,2'si çocuğun daha fazla zarar "göreceğine inanma" ve %20,2'si "çocuğun ailesinden ayrılacağını" düşünmesi nedeniyle bildirim yapmayacağını ifade etmektedir (Tablo 5).

Tablo 5.Sağlık Çalışanlarının Çİİ Konusunda Bildirim Yapma Engelleri (n=99)

		n*	%
Yanlış tanı koyma endişesi	Evet	90	90,9
	Hayır	9	9,1
Bildirim yapacağı yeri bilmeme	Evet	49	49,5
	Hayır	50	50,5
Yeterli zamanı olmadığını düşünme	Evet	10	10,1
	Hayır	89	89,9
Çocuğun daha fazla zarar göreceğini inanma	Evet	24	24,2
	Hayır	75	75,8
Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünme	Evet	20	20,2
	Hayır	79	79,8
Toplam		99	100

* Bu soruya birden fazla seçenekte cevap verilmiştir

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının çocuk hakları ile çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgilerini 0'dan 10'a kadar puanlayarak değerlendirmesi istenmiştir. Sağlık çalışanlarının çocuk hakları konusunda bilgilerini değerlendirme puan ortalaması $5,96 \pm 2,3$ çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgilerine ait puan ortalamaları $4,6 \pm 2,6$ olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına, Çİİ ile ilgili şüpheli bir durumda rolünün ne olduğu sorgulanmış ve %1,1'i çocuk ihmali ve istismarı konusunda bir rolü olmadığını, %36,8'i çocuk ihmali ve istismarı konusunda tanılama, %50,1'i çocuk ihmali ve istismarı konusunda bildirim yapma ve %12'si tedavi rolü olduğunu ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarının %21,7'si ÇİM konusunda, %50'sinde çocuk koruma kurumları hakkında bilgi sahibi olmadığını, %90,5'i çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi almak istediğini, %37,7'si tanılama %36,4'ü yasal süreç, %29,7'si iletişim, %17,2'si tedavi, %16,6'sı destek süreçleri ilgili hakkında bilgi almak istediğini bildirmiştir. Sağlık çalışanları çocuk ihmali ve istismarı konusunda, %71,1'i mesleki eğitim döneminde, %78'i hizmet içi eğitim almadığını belirtmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının ÇİM Konusunda Bilgilerine Ait Değerlendirmeleri ve Eğitim Gereksinimleri

Değişkenler		Mean±Ss	
Çocuk hakları konusunda bilgilerine verdiği puan ortalamaları*		5,96±2,3	
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgilerine ait puan ortalamaları		4,6±2,6	
		n	
		%	
Sizce sağlık çalışanının çocuk ihmal ve istismarı konusunda rolü nedir ?**	Rolü Yok	6	1,1
	Tanılama	210	36,8
	Bildirim	286	50,1
	Tedavi	69	12,0
ÇİM konusunda bilgi sahibi olma durumu	Evet	271	78,3
	Hayır	75	21,7
Çocuk koruma birimleri konusunda bilgi sahibi olma durumu	Evet	173	50,0
	Hayır	173	50,0
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alma isteği	Evet	313	90,5
	Hayır	33	9,5
Eğitim almak istediği konu başlığı**	İletişim	93	29,7
	Yasal süreç	114	36,4
	Tanılama	118	37,7
	Tedavi	54	17,2
	Destek Süreci	52	16,6
Mesleki eğitim döneminde çocuk ihmali ve istismarı olgusunda bilgi alma durumu	Evet	100	28,9
	Hayır	246	71,1
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hizmet içi eğitim alma durumu	Evet	76	22
	Hayır	270	78
	Toplam	346	100

*Sağlık çalışanlarından konu hakkındaki bilgilerini 1-10 arasında bir puan vermeleri istenmiştir (1 hiç bilgim yok, 10 çok bilgim) **Bu soruya birden fazla seçenekte cevap verilmiştir

Sağlık çalışanlarının "Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik" Ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; ölçek toplamından $2,4\pm 0,3$ puan aldığı, en yüksek puanları ihmal ve istismara yatkın çocukların özellikleri ($2,8\pm 0,5$) alt boyutundan, en düşük puanları ise İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri ($2,1\pm 0,4$) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 7)

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının "ÇIIBRTÖ " Puanlarının Dağılımı

Alt Ölçekler	mean± Ss
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	$2,1\pm 0,4$
Çocuk İstismarında Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	$2,2\pm 0,6$
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	$2,4\pm 0,4$
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	$2,7\pm 0,5$
İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri	$2,8\pm 0,5$
Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özellikler	$2,3\pm 0,6$
Çocuk İhmali ve İstismarında Genel Bilgi Puanı	$2,4\pm 0,3$
Toplam Ölçek puanı	$2,4\pm 0,3$

4.2. Sağlık Çalışanlarının "ÇIIBRTÖ" Puanlarının Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Sağlık çalışanlarının "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" Puanları mesleklere göre incelendiğinde, ölçek toplamından ATT ($2,2\pm 0,4$) ve hemşirelerin ($2,3\pm 0,3$), ebeler ($2,4\pm 0,3$) ve sağlık memurlarından ($2,5\pm 0,3$) daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin "Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler", "İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri", "İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn

Özellikleri" alt boyutlarından alınan puanlar mesleklere göre farklılık ($p>0,05$) göstermemektedir (Tablo 7). Buna karşılık, "İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtilerini" tanıma alt boyutunda, ebe ($2,2\pm0,4$) ve sağlık memurları ($2,3\pm0,4$), hekim ($2,0\pm0,4$), hemşire ($2,0\pm0,4$) ve ATT'lerden ($1,9\pm0,4$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Ölçeğin ihmal ve istismara yatkın çocuklar ve ailelerin özellikleri alt boyutlarında en yüksek puanları ebeler ve sağlık memurlarının aldığı, en düşük puanı ise ATT ve hekimlerin aldığı ve aradaki farkın istatistiksel ($p<0,05$) olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8.Sağlık çalışanlarının "ÇİİBRTÖ" Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

Ölçek Alt boyutları	Sağlık Çalışanlarının Meslekleri					p*
	ATT	Ebe	Hekim	Hemşire	Sağlık Memuru	
	Mean±Ss	Mean±Ss	Mean±Ss	Mean±Ss	Mean±Ss	
Fiziksel Belirtileri	1,9±0,4	2,2±0,4	2,0±0,4	2,0±0,4	2,3±0,4	0,001
Davranışsal Belirtiler	1,9±0,6	2,2±0,6	2,2±0,6	2,1±0,6	2,3±0,7	0,071
Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,3±0,5	2,4±0,3	2,3±0,4	2,4±0,4	2,4±0,3	0,164
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,6±0,7	2,7±0,5	2,8±0,6	2,7±0,4	2,9±0,5	0,104
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,9±0,5	2,6±0,7	2,8±0,5	2,7±0,5	0,011
Ailesel Özellikler	2,1±0,7	2,4±0,6	2,3±0,5	2,3±0,6	2,6±0,5	0,008
Ölçek Toplamı Puanı	2,2±0,4	2,4±0,3	2,3±0,3	2,3±0,3	2,5±0,3	0,001

*Mann Whitney u ile analiz edilmiştir

Sağlık çalışanlarının " ÇİİBRTÖ " ölçek toplam puanı mezuniyet öcesi eğitim alma durumuna göre incelendiğinde; mezuniyet öncesi dönemde eğitim alanların ölçek toplam puanının ($2,4\pm0,3$), eğitim almayanlardan ($2,3\pm0,3$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, mezuniyet öncesi dönemde eğitim

alanların "çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler" (2,2±0,6) ve "ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri" (2,4±0,4), alt boyutlarından, eğitim almayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır (p<0.05). İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri", "ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri, "ihmal ve istismara yatkın çocukların özellikleri" ve "çocuk ihmali ve istismarında ailesel özellikler" alt boyutlarında eğitim alanlar ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9.Sağlık çalışanlarının "ÇİİBRTÖ" Meznuniyet Öncesi Dönemde Çİİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Çocuk ihmali ve İstismarı Konusunda Meznuniyet Öncesi Dönemde Eğitim Alma Durumu			
	Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	p
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,0±0,5	-1,830	0,068
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,2±0,6	2,0±0,6	-3,325	0,001
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,4±0,4	2,3±0,4	-2,580	0,010
İhmal/istismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,8±0,4	2,7±0,6	-1,577	0,116
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,8±0,5	0,773	0,440
Ailesel Özellikler	2,4±0,5	2,3±0,6	-0,819	0,414
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,3±0,3	-2,590	0,010

Sağlık çalışanlarının " ÇİİBRTÖ " ölçek toplam puanı hizmet içi eğitim alma durumuna göre incelendiğinde; Hizmet içi eğitim alanların ölçek toplam puanının (2,4±0,3), eğitim almayanlardan (2,3±0,3) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Ayrıca hizmet içi eğitim alanların çocuk

istismarına ilişkin çocukta davranışsal belirtiler ve "ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyutlarından, eğitim almayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puana aldığı belirlenmiştir (($p < 0.05$). Ölçeğin diğer alt boyutları, hizmet içi eğitim alanlar ile almayanlar arasında farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık çalışanlarının "ÇİİBRTÖ " Puanlarının Çocuk İhmal/İstismarı Konusunda hizmet içi eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu			
	Evet	Hayır	İstatistiksel Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	p
Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,0±0,5	-	0,085
			1,730	
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,2±0,6	2,0±0,6	-	0,003
			3,029	
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,4±0,4	2,2±0,4	-	0,000
			3,734	
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,4	2,7±0,6	-	0,889
			0,140	
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,8±0,5	0,153	0,878
Ailesel Özellikler	2,4±0,5	2,4±0,6	0,407	0,684
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,3±0,3	-	0,028
			2,201	

Çalışmamızda ölçek toplam puanları, çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumu açısından farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; ihmal ve istismar olgusu ile karşılaştığını beyan edenler, "çocukta davranışsal belirtiler, "ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve " ihmal ve istismara yatkın

çocukların özellikleri alt boyutlarından karşılaştırmaya göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ” Puanlarının Çocuk İhmal/İstismarı İle Karşılaşma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Çocuk İhmali ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu				
Ölçek alt boyutları	Hayır	Evet	İstatistiksel Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	p
Fiziksel Belirtileri	2,09± ,45	2,05± ,38	0,972	0,332
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,06± ,60	2,22± ,58	-2,406	0,017
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,28± ,39	2,42± ,38	-3,359	0,001
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,66± ,54	2,73± ,45	-1,330	0,184
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,67± ,59	2,83± ,49	-2,681	0,008
Ailesel Özellikler	2,34± ,61	2,35± ,54	-0,256	0,798
Ölçek Toplam Puanı	2,33± ,35	2,39± ,27	-1,677	0,094

Çalışmada yer alan sağlık çalışanlarının şüpheli durumda neden bildirim yapmayacağı sorusunun cevabı aranmış ve şüpheli durumda "bildirim yapacağı yeri bilmediği" için bildirim yapmayacağını ifade edenlerin ölçeğin "istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri" ($2,1±0,4$) ve "ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerini" ($2,5±0,4$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük puan aldığı ($p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Şüpheli Durumda Bildirim Yapacağı Yeri Bilmediğini Beyan Etme Açısından Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Şüpheli Durumda Bildirim Yapacağı Yeri Bilmediğini İfade Etme			İstatiksel Analiz	
	Hayır	Evet		t	P
	Mean±Ss	Mean±Ss			
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	1,9±0,3	2,1±0,4		2,634	0,009
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,2±0,6	2,0±0,6		1,522	0,129
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,3±0,4	2,5±0,4		-3,552	0,000
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,6±0,4		0,858	0,391
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,8±0,5		-0,280	0,780
Ailesel Özellikler	2,4±0,6	2,2±0,5		1,433	0,153
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,3±0,3		0,826	0,409

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ puanları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında, ölçek toplamından erkeklerin 2,4±0,3, kadınların 2,3±0,3 puan aldığı, ölçek toplamı ve alt boyutları açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)(Tablo 13).

Tablo 13.Sağlık Çalışanlarının “ÇİİBRTÖ” Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Kadın	Erkek	İstatiksel
---------------------	-------	-------	------------

	Analiz			
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	P
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,1±0,4	-1,090	0,276
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,1±0,6	2,2±0,6	-1,278	0,202
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,3±0,4	2,4±0,4	-0,744	0,457
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,8±0,5	-1,767	0,078
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,8±0,6	-0,028	0,978
Ailesel Özellikler	2,3±0,6	2,4±0,6	-1,595	0,112
Ölçek Toplam Puanı	2,3±0,3	2,4±0,3	-1,657	0,098

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında, ölçek toplamından evli olanların 2,3±0,3, bekar olanların 2,4±0,3 puan aldığı, ölçek toplamı ve alt boyutları açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0.05)(Tablo 14).

Tablo 14.Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Evli	Bekar	İstatiksel Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	P
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,0±0,4	2,1±0,5	-1,845	0,066
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,1±0,6	2,2±0,7	-0,929	0,354
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,4±0,4	2,3±0,4	0,527	0,598
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,7±0,5	0,545	0,586
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,7±0,5	2,8±0,6	-1,488	0,138
Ailesel Özellikler	2,3±0,6	2,4±0,6	-1,099	0,273
Ölçek Toplam Puanı	2,3±0,3	2,4±0,3	-1,186	0,237

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ puanları çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında, ölçek toplamından çocuğu olanların 2,4±0,3, çocuğu

olmayanların $2,4\pm 0,3$ puan aldığı, ölçek toplamı ve alt boyutları açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$)(Tablo 15).

Tablo 15. Sağlık çalışanlarının "ÇİİBRTÖ " Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Çocuk varlığı		İstatiksel Analiz	
	Evet	Hayır	t	P
	Mean±Ss	Mean±Ss		
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,1±0,4	-1,223	0,222
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,1±0,6	2,2±0,7	-0,010	0,992
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,4±0,4	2,3±0,4	0,436	0,663
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,7±0,5	0,663	0,508
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,7±0,5	2,8±0,6	-1,887	0,060
Ailesel Özellikler	2,3±0,6	2,4±0,6	-1,461	0,145
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,4±0,3	-0,802	0,423

Sağlık çalışanlarının çocuklara hizmet veren bir birimde çalışma durumuna göre ölçekten aldığı puanlar karşılaştırıldığında, çocuklar ile ilgili bir birimde çalışan sağlık çalışanlarının $2,34\pm,54$, çalışmayanların ise $2,35\pm,59$ puan aldığı, arada ölçek toplamı ve alt boyutları açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$)(Tablo 16).

Tablo 16. Sağlık çalışanlarının "ÇİİBRTÖ " Puanlarının Çocukla İlgili Bir Bölümde Çalışma Durumu ile karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Çocuklara Hizmet Veren Bir Bölümde Çalışma durumu		İstatiksel
	Evet	Hayır	

			Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	P
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,06±,36	2,08±,43	-0,441	0,659
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,20±,60	2,12±,59	1,247	0,213
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,33±,35	2,38±,41	-1,131	0,259
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,77±,46	2,66±,51	1,967	0,050
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,76±,56	2,76±,52	0,127	0,899
Ailesel Özellikler	2,34±,54	2,35±,59	-0,147	0,883
ÖlçekToplam Puanı	2,37±,29	2,35±,32	0,497	0,620

Çalışmada sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları puanlar, Çİİ ile karşılaşma olasılığında doğru yaklaşım gösterme açısından incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Sağlık çalışanlarının “ÇİİBRTÖ ” Puanlarının Doğru Yaklaşım Gösterme Açısından Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Sağlık Çalışanının yaklaşımı			
	Yanlış Yaklaşım	Doğru Yaklaşım	İstatiksel Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	p
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,1±0,4	0,318	0,751
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,3±0,7	2,2±0,6	1,116	0,266
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,3±0,4	2,4±0,4	-1,955	0,052
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,8±0,5	-1,198	0,232
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,7±0,6	2,8±0,6	-0,823	0,411
Ailesel Özellikler	2,4±0,6	2,4±0,5	0,609	0,543
ÖlçekToplam Puanı	2,4±0,3	2,4±0,3	-0,322	0,748

5.TARTIŞMA

Çocuk ihmali ve istismarı tedbir alınmaz ve zamanında müdahale edilmez ise, sonucu ölüme kadar varabilen, etkileri ömür boyu süren sosyal ve tıbbi bir problemdir. Toplum içinde her ne kadar kötü bir olay olarak kabul edilse de genellikle gizlenme eğilimi mevcuttur. İstismar mağduru çocuklar çoğunlukla öğretmenler ya da sağlık sorunları nedeniyle hastaneye başvurduğunda sağlık çalışanları tarafından belirlenebilmektedir (Önal vd. 2013).

Bu araştırmada yer alan sağlık çalışanlarının sadece %29,5'i mesleki yaşamında çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaştığını bildirmiş olup, %70,5'i karşılaşmadığını ifade etmiştir. Mesleki yaşamında çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşanların (n=102), %28,4'ü duygusal istismar, %52,9'u fiziksel istismar, %58,8'i cinsel istismar ve % 69,6'sı ihmal ile karşılaştığını bildirmektedir (Tablo 2). Türker (2017)'in çalışmasında hemşire ve ebelerin %18,8'i, aile hekimlerinin %67,5'i meslek yaşamlarında çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştığını ifade etmiştir. Kocaer (2006)'in çalışmasında ise hemşirelerin %30,1'i hekimlerin ise %52,8'i, çocuk ihmal ve istismar vakası ile karşılaştığını bildirmiştir. Uysal (1998)'in çalışmasında sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaşma oranı %28,4'dür.

Kara (2010) tarafından pratisyen hekim ve pediatri uzmanları ile yapılan çalışmada, pediatri uzmanlarının çocuk ihmal ve istismarı şüphesi/olgusu ile karşılaşma oranı %82 iken pratisyen hekimlerde bu oran %54,8 olarak bulunmuştur. Pratisyen hekimlerin %54,8'i pediatri uzmanlarının %82'si mesleki uzmanlaşma ve konu hakkındaki bilgi arttıkça şüpheli olgularda bulguların atlanmadığı, istismar ve ihmal durumunu tanılamamanın kolaylaşacağını düşünmektedir. Kara(2101)'nın çalışma sonuçları, Çİİ

konusunda bilgi sahibi olmanın, istismardan şüphelenme durumunu etkilediğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarından, çocuk istismarı konusunda bilgi düzeylerine ilişkin kendilerine 0-10 arasında bir puan vermeleri istenmiş ve bu değişken için puan ortalamaları oldukça düşük ($4,6 \pm 2,6$) olarak bulunmuştur. (Tablo 6). Ayrıca, Çİİ ile karşılaştığını beyan eden sağlık çalışanları ÇİİBRTÖ ölçeğinin "çocuk istismarına ilişkin çocukta davranışsal belirtiler" "ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve " ihmal ve istismara yatkın çocukların özellikleri" alt boyutlarından karşılaşmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 11). Ölçek toplamından alınan puanlar literatürle benzer şekilde (Türker 2017, Kocaer 2006), sağlık çalışanlarının Çİİ ile karşılaşma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu sonuçlar örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını, şüpheli istismar vakasını tanımlamada yetersiz kalabileceğini düşündürmüştür. Çalışma bulgumuz, Çİİ ile karşılaşma durumunun sağlık çalışanlarında farkındalık artışına neden olduğu şeklinde yorumlansa da, konunun farklı büyüklük ve özellikteki örneklerle araştırılması önerilmektedir.

Çalışmamızda, mesleki yaşamında çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaştığını ifade eden sağlık çalışanlarına zorlandığı konuların neler olduğu sorulmuştur. Sağlık çalışanlarının genellikle, öykü anamnez alma, fiziksel muayene ve yasal süreç konusunda zorlandığı belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Kara vd. (2014)'nin çalışmasında sağlık çalışanlarının çocuk ihmal/istismar şüphesinde, kurumlarla iletişimde, yasal süreçte ve öykü almada zorlandıkları bulunmuştur. Kocaer (2006)'in çalışmasında, hekim ve hemşirelerin yasal süreç, rapor etme, kayıt aşamalarında ve öykü almada zorlandıkları bildirilmektedir. Starling et al.(2006) ABD'de çocuk istismarı ve ihmal hakkında hekimlerle yaptığı çalışmada, hekimlerin şüpheli olguların yönetimi konusunda yeterli olmadıkları ve eğitim ihtiyacı içinde

oldukları bildirilmektedir. Çalışma bulgumuz literatürdeki diğer bildirm yapma engelleri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çİİ aynı zamanda tıbbi bir olgudur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, konu hakkında eğitilmiş olması önemlidir. Bu eğitimlerinin içinde, önyargıların ortadan kaldırılarak “çocuk dostu odaklı” ortak davranış modellerinin geliştirmesi, istismar şüphesi taşıyan/mağdur çocukların tanınması bildirilmesi ve ilgili merkezlere yönlendirilmesi, tedavisi ve yasal süreç gibi başlıkları kapsmalıdır. Ayrıca bu eğitimlerin mezuniyet öncesi dönemde tamamlanması ve hizmetiçi eğitimlerle güçlendirilmesi önemlidir. Aksi takdirde istismar mağduru çocukların tanınması ve bildirim gecikeceğinden Çİİ'nin olumsuz sonuçları şiddetlenecektir ((Uysal, 1998, Paradise et al., 1994).

Çalışmamıza katılan, sağlık çalışanlarının çoğunluğu Çİİ konusunda, %71.1'i mezuniyet öncesi(%71) ve hizmet içi (%78) herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir (Tablo 6). Ayrıca sağlık çalışanlarının "ÇİİBRTÖ" ölçek toplam puanının mezuniyet öncesi dönemde eğitim alanlarda ($2,4\pm 0,3$), almayanlardan ($2,3\pm 0,3$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu olduğu, eğitim alanların "çocuk istismarina ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler" alt boyutundan ($2,2\pm 0,6$) ve "ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri" ($2,4\pm 0,4$) alt boyutundan, eğitim almayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan ($p<0.05$) aldığı belirlenmiştir (Tablo 9). Benzer şekilde hizmet içi eğitim aldığını beyan eden sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ puanları ($p<0.05$) daha yüksektir (Tablo 10).

Yılmaz (2015)'in Ankara'da hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, çocuk ihmali ve istismarı konusunda katılımcıların yalnızca %18,3'ünün mezuniyet öncesinde, %3,7'sinin ise mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Kocaer (2006) çalışmasında hekimlerin %48,6'sı, hemşirelerin ise %27,9'unun mesleki öğrenimleri sırasında konu ile bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Bilgiç (2015), mezuniyet öncesi eğitim

alma oranını ebelerde %30.5'i, hemşirelerde %23.5 olarak belirlemiş, aynı çalışmada ebelerin %43,5'inin, hemşirelerin ise %14.7'sinin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim aldıklarını bulmuştur. Uysal(1998) çalışmasında, ebelerin %28.6'sı, hemşirelerin %23.1'imesleki eğitimleri sırasında, ebelerin %2.1, hemşirelerin ise %10.4 çalışma yaşamında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim aldıklarını belirlemiştir. Çalışma bulgumuz sağlık çalışanlarının Çİİ konusunda mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim alma oranlarının literatürle benzer şekilde yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının Çİİ şüpheli vakaları tanınmasını zorlaştıracaktır. Türkiye çapında 27 ilde kurulan ÇİM merkezlerinden birinin Karabük'te ve 2017 yılı içerisinde ÇİM'e başvuran vaka sayısının 160 olduğu açısından düşünüldüğünde, çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının önemli ölçüde Çİİ konusunda hizmet içi eğitime gereksinimi olduğunu göstermektedir. Bu sonuçla ilişki olarak çalışmamızda sağlık çalışanlarının %90,5'inin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi almak istediğini ifade ettiği belirlenmiştir. Eğitim almak isteyen çalışanlarının, %37,7'si tanılama %36,4'ü yasal süreç, %29,7'si iletişim, %17,2'si tedavi, %16,6'sı destek süreçleri ilgili hakkında bilgi almak istemektedir(Tablo 3).

Gölge vd. (2012)'nin 138 hemşire ve ebeyle yaptığı çalışmada, hemşire- ebelerin %90.6'sının çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla eğitim almak istediği tespit edilmiştir. İsrail'de Yehuda (2010)'nın 95 sağlık çalışanıyla yaptığı ve çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili 26 ayrı konuda eğitim gereksinimini sorguladığı çalışmada, katılımcıların %37.5- 78.2 arasında eğitim gereksinimi olduğunu belirlemiştir. Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak sağlık çalışanlarının Çİİ konusunda eğitim gereksinimi içinde olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Sağlık çalışanları Çocuk Hakları Sözleşmesi hükümleri ve TCK'nın ilgili maddeleri kapsamında Çİİ şüphesi bulunan her durumda bildirim yapmakla yükümlüdür Sağlık çalışanının tutum ve bilgisi çocuk ihmal ve istismar olgusuna yaklaşımını ve bildirimini belirleyen en önemli faktörlerdendir. Araştırmamızda, sağlık çalışanlarının %28,6'sının Çİİ ile karşılaşma olasılığında bildirim yapmayacağını bildirdiği, bildirim

yapmayacağını beyan eden sağlık çalışanlarının (n=99), genellikle yanlış tanı koymaktan endişelendiği (%90,9), bildirim yapacağı yeri bilmediği (%49,5), çocuğun daha fazla zarar göreceğine inandığı (%24,2) ve çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 5). Ayrıca çalışmada sağlık çalışanlarının bildirim yapacağını beyan etmesine karşın, Çİİ şüpheli vaka ile karşılaşması halinde %19,3 oranında doğru yaklaşım sergilemeyeceği, duygusal tepkiler vereceği ve bildirim yapılacak yeri bilmediği belirlenmiştir (Tablo 4). Çİİ'den şüphelenen sağlık çalışanının insanları boşuna suçlama kaygısı taşıması ya da kendi çocuğu için Çİİ'yi bir disiplin aracı olarak kullanması nedeniyle bildirim yapmaktan kaçınması mümkündür (Güney 2010). Çalışmamızda en önemli bildirim yapma engelinin tanı koymaktan endişelenme olması bu bilgiyi desteklemektedir.

Theodore ve Runyan (2006) 270 pediatrist ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %10'unun şüpheli çocuk ihmal ve istismarı vakalarını, mahkeme sürecinin çocuklar için daha üzücü olduğunu düşünmeleri sebebi ile bildirmedikleri belirlenmiştir. Kara vd. (2014) çalışmasında hekimlerin, çocuk ihmal/istismarı şüphesinde bildirim yapmama nedenleri; yeterli bilgilerinin olmaması ve nereye bildirim yapılacağını bilinmemesi olarak belirlenmiştir. Gölge vd. (2012)'nin araştırmasında sağlık çalışanlarının bildirimde bulunmama nedenleri; yasal süreç konusunda bilgi eksikliği, çocuğun daha olumsuz bir duruma geleceğini düşünme, adli makamların ve sosyal servislerin ilgilenmeyeceklerini düşünme ve uğraşmak istememe olarak bildirilmiştir. Yılmaz (2015)'in çalışmasında, katılımcıların %70,6'sı konu hakkında yeterli bilgisi olmadığı, %11,8'i çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğü, %5,9'u çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğü, %5,9'u bildirim yapacağı yeri bilmediği ve %5,9'u konuya ayıracak zamanın olmadığını düşündüğü için bildirim yapmamıştır.

Çalışma bulgumuz literatürle benzer şekilde, sağlık çalışanlarının “bildirim yapma zorunluluğunun farkında olmadığını ve Çİİ konusunda eğitim gereksinimi içinde olduğunu göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının "Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği"nden aldığı toplam puan ortalamasının (2,4±0,3) ve benzer şekilde Çİİ konusunda bilgilerine verdiği puan ortalamasının düşük olması, ölçekten alınan puanların mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim alma durumuna göre eğitim alanlar lehine farklılıklar göstermesi, sağlık çalışanlarının istismar şüpheli vakayı tanımlamada yetersiz kalabileceğini düşündürmüştür. Çocuk ihmali ve istismarı, hastalıklardan farklı olarak aile ve yakınları tarafından açık anamnez verilen bir durum değildir. Bu durumda sağlık çalışanlarının Çİİ'den şüphelenmesi, ancak belirti ve bulguların bilinmesi, riskli aile ve çocukların tanınması sayesinde mümkün olacaktır.

Araştırmada ölçek puanları meslek gruplarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplamından ebe ve sağlık memurlarının, ATT ve hemşirelerden daha yüksek puan aldığı, istismarın çocukta fiziksel belirtilerini tanıma alt boyutunda, ebe ve sağlık memurlarının, hekim, hemşire ve ATT'lerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin ihmal ve istismara yatkın çocuklar ve ebeveynlerin özellikleri alt boyutlarında en yüksek puanları ebeler ve sağlık memurlarının aldığı, en düşük puanı ise ATT ve hekimlerin aldığı ve aradaki farkın istatistiksel(p<0,05) olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun ebelerin eğitimlerinde, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili konuların ağırlıklı olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca sağlık memurlarının çoğunlukla acil serviste çalışıyor olmaları da aldıkları puanları etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda ölçek puanları, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuklara hizmet veren bir birimde çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ) konusunda bilgi ve risk tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, 346 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $36,7 \pm 8,0$ ve çalışma yılı ortalaması $14,2 \pm 8,8$ olup, %46,2'si hemşire, %20,2'si ebe, %18,2'si hekim, % 9,3'ü sağlık memuru ve %6,1'i acil tıp teknisyeni (ATT)'dir. Sağlık çalışanlarının %23,7'sinin erkek, %76,3'ünün kadın, %75,7'si evli ve %69,1'nin ise çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımı incelendiğinde; %44,5'nin dahili kliniklerde, %13,6'sının cerrahi kliniklerde, %16,2'sinin acil serviste ve %25,7'sinin diğer birimlerde görev yaptığı ve %40'ının meslek hayatı süresince en az bir defa çocukla ilgili bir birimde çalıştığı belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılanların sadece %29,5'i mesleki yaşamında çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaştığını bildirmiş olup, %28,4'ü duygusal istismar, %52,9'u fiziksel istismar, %58,8'i cinsel istismar ve % 69,6'sı ihmal ile karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 2).
- Çİİ ile karşılaştığını beyan edenlerin (n=102) en çok zorlandığı konular, öykü/anamnez alma (%75.6), fiziksel muayene (%54.9), yasal süreç (%46.0) olarak belirlenmiştir. Çalışmada sağlık çalışanlarının çocuk ihmal/istismarı ile karşılaşması halinde %28,6 oranında bildirim yapmayacağını beyan ettiği, bildirim yapmayanların(n=99), %90.9'u "yanlış tanı koymaktan endişelenme", % 49.5'i "bildirim yapacağı yeri bilmeme", %10,1'i "yeterli

zamanı olmadığını düşünme" %24,2'si çocuğun daha fazla zarar "göreceğine inanma" ve %20,2'si "çocuğun ailesinden ayrılacağını" düşündüğünden bildirim yapmak istemediği belirlenmiştir (Tablo 1).

- Araştırmada çocuk ihmal/istismarı ile karşılaşması halinde bildirim yapacağını beyan eden sağlık çalışanlarına (n=247), “şüpheli bir durumla karşılaştığımızda ne yaparsınız ” sorusuna yanıt vermesi istenmiş ve alınan yanıtlar gruplanarak değerlendirilmiştir. Buna göre; sağlık çalışanlarının %6,0'ı “düşünmeden tepki veririm, her türlü müdahaleyi yaparım, ağlarım” şeklinde duygusal tepkileri olacağını bildirmiş, %14,2'si gerekli mercilere şikayet edeceğini, %5,7'si adli rapor tutacağını, % 12,9'u ÇİM'e ,%13,8'i sosyal hizmet uzmanına, %18,2 si hekime bildireceğini ve %34,4'ü polisi arayacağını ifade etmiştir. Bu cevaplar doğrultusunda, duygusal tepki verenlerle, gerekli mercilere şikayet edeceğini söyleyen fakat bunun neresi olduğunu ifade edemeyenlerin yaklaşımı “yanlış yaklaşım” olarak değerlendirilmiş ve bildirim yapacağını beyan eden sağlık çalışanlarının %19.3'ünün doğru yaklaşım sergilemeyeceği bulunmuştur (Tablo 1).
- Çalışmada sağlık çalışanlarının %90,5'i çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi almak istediği, %71,1'inin konu hakkında mezuniyet öncesi ve %78,0'inin hizmet içi eğitimlerle bilgi almadığı saptanmıştır. Bu araştırmada sağlık çalışanlarından, çocuk ihmal/istismarı konusunda bilgilerine 0 (bilgim yok)- 10 (çok bilgiliyim) arasında bir puan vermesi istenmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının kendilerine 4,6±2,6 puan verdiği belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarının "Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği"nden aldıkları puanlar incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalamasının 2,4±0,3 olduğu, en yüksek puanların ihmal ve istismara yatkın çocukların (2,8±0,5) ve ebeveynlerin özellikleri (2,7±0,5) alt

boyutundan, en düşük puanların ise istismarın çocuk üzerindeki fiziksel (2,1±0,4) ve davranışsal (2,2±0,6) belirtileri alt boyutundan alındığı belirlenmiştir (Tablo 2)

- Ölçek puanları meslek gruplarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplamından ATT (2,2±0,4) ve hemşirelerin (2,3±0,3), ebeler (2,4±0,3) ve sağlık memurlarından (2,5±0,3) daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin "Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler", "İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri", "İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri" alt boyutlarından alınan puanlar mesleklere göre farklılık ($p>0,05$) göstermemektedir. Buna karşılık, "İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtilerini" tanıma alt boyutunda, ebe ve sağlık memurları, hekim, hemşire ve ATT'lerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır. Ölçeğin ihmal ve istismara yatkın çocuklar ve ailelerin özellikleri alt boyutlarında en yüksek puanları ebeler ve sağlık memurlarının aldığı, en düşük puanı ise ATT ve hekimlerin aldığı ve aradaki farkın istatistiksel ($p<0,05$) olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).
- Sağlık çalışanlarının " ÇİİBRTÖ"den aldığı puanlar mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim alma durumuna eğitim alanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermektedir.
- Çalışmamızda ölçek puanları, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuklara hizmet veren bir birimde çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir

Araştırma sonuçları ışığında aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Tüm sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi dönemde ders müfredatlarına "İhmal ve istismar" ile ilgili dersler eklenmesi

- Özellikle birinci basamak, acil ve çocuk ile ilgili birimlerde çalışan sağlık personellerine hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi ve program içeriklerinin İİ'nin belirti ve semptomları, riskli ailelerin özellikleri, sağlık çalışanlarının şüpheli her durumda bildirim yapma zorunlulukları, sağlık çalışanlarının İİ konusunda rolleri, yasal yükümlülükleri ve şüpheli durumlarda izlenecek prosedür konularını kapsayacak şekilde oluşturulması

- Sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler yapılabilmesi konusunda, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği yapması

- Sağlık alışanlarının bildirim yapma engelleri ve nedenlerinin kapsamlı olarak araştırılması

- Sağlık alışanlarının İİ konusunda bilgi yaklaşım ve tutumlarını sorgulayan geniş ölçekli, iyi yapılandırılmış araştırmaların artırılması ve bölgesel farklılıkların belirlenmesi

- Sağlık çalışanın kendi çocukları için fiziksel ve duygusal şiddeti disiplin aracı olarak kullanma ve çocukluk döneminde ihmal/istismara maruz kalma durumlarını inceleyen çalışmalar yapılması

- Hastanelerin İİ şüpheli vaka ile karşılaşılması halinde izlenecek yol konusunda protokoller geliştirmesi ve özellikle acil servisler ve çocukla ilgili birimlerde bu protokollerin yazılı olarak, kolayca görülebilecek bir alanda bulunması

7. KAYNAKLAR

Açık Y, Deveci E, Yıldırım AM vD. (2003). Bir Fiziksel İstismar Olgusu. O.M.Ü Tıp Dergisi ; 20(2): 92- 96.

Adair SM, Wray IA, Hane CM, Sams DR, Yasrebi S, Russell CM. (1997). Perceptions Associated With Dentists' Decisions To Report Hypothetical Cases Of Child Maltreatment. *Pediatr Dent*, 19(8): 461–465.

Akdoğan H.(2006). AİHS Göre Yaşam Haklarının Devletlere Yüklediği Yükümlülükler; Türkiye Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Polis Akademisi, Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara, s 154; Akt Polat A.,Viktimoloji (Magdurbilim), s144

Akın A, Akın L, Akşit BT ve ark. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, Akı L. (Editörler). Hacettepe Üniversitesi Yayınları.;381-385.

Aksel Ş, Irmak TY. (2015). Çocuk Cinsel İstismarı Konusunda Öğretmenlerin Bilgi ve Deneyimleri. *Ege Eğitim Dergisi*; 16 (2): 373-391.

Alfred A. (2006). “The General System of Individual Psychology: Overview and Summary of Classical Adlerian Theory & Current Practice”, *The Collected Clinical Works of Alfred Adler*, Ed. Henry T. Stein, C. XII, (Washington: Alfred Adler Institute,

Altan H. (2015). Üniversite Öğrencisi Gençlere Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Yapılan Eğitimin Bilgi ve Farkındalıklarına Etkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,(Danışman Prof. Dr. F. Şahin Dağlı, Prof. Dr.I.İ. Budakoğlu)

Altunsu BA. (2004.) Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmali Tanıyabilmeleri. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, (Danışman Prof. Dr. H. Pek)

Anıl AB, Anıl M, Astarçioğlu G, Şen S, Aksu N. (2009). Çocuk İstismarına Bağlı Ölümcül Kafa Travması: İki Vaka. *Çocuk Derg* 9(4):199-202.

Aral N, Gürsoy F, (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmali ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* 151, 36-39.

Arıkan D, Çelebioğlu A, Yaman S. (2000). Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Hemşirelerin

Bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3(2):29-35.

Aydan H., Işık M., Sarı H. (2016). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri Çocuk ve Medeniyet Bu çalışma 2015 yılında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezsiz Yüksek Lisans Programı Dönem Projesi olarak kabul edilmiştir.

Babahanoğlu, Rasim; Özdemir, Sezen Gizem (2016). Aile İçi Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkisi Konusunda Sosyal Hizmet ve Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Görüşlerinin İncelenmesi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 9(2):1067-1088

Bahar G, Savaş HA, Bahar A. (2009).Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi;4(12):51-65.

Bahçecik N, Kavaklı A. (1993).Çocuk İstismar ve İhmali. Hemşirelik Bülteni; 28(7):23-31.)

Bannwar TH, Williams LCA. (2012). Increasing awareness of Brazilian family health team professionals on reporting child abuse: A case study. In: Child Abuse and Neglect- A Multidimensional Approach. Ed: Muela A, In Tech, Rijeka.

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

Ben Yehuda, Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, A., Jedwab, M., Benbenishty, R. (2010). Child Abuse and Neglect: Reporting by Health Professionals and their Need for Training. Isr Med Assoc J (IMAJ), 12: 598–602.

Bethea L.(1999). Primary prevention of child abuse. American Family Physician Journey, 59(6), 1577-1585.

Bilge YD, Taşar MA, Kılınçoğlu B, Özmen S, Tıraş Ü. (2013). Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne- babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 14:27-35.

Bilgiç H. (2015). Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN)

Binnigeli N.J., Hart S.N., and Brassard M.R. (2001). Definitions and meanings of psychological maltreatment. In: Conte JR, editor. Psychological maltreatment of children. Thousand Oaks (CA): Sage Publications Inc. p. 1–23.

- Borres, M.P., Hagg, A. (2007). Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatrics International: Official Journal of Japan Pediatric Society*, 49(2): 177-182
- Bülbül SH, Ünlü E, Kırılı E, Altuğ Ü. (2008). Kırıkkale ilinde adolesanların aile içinde şiddete maruz kalma durumu. Poster Sunumu: 2. Uluslararası Katılımlı Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Sempozyumu; Mayıs 08-10; Ankara,
- Canbaz S, Turla A, Aker S, Peşken Y. (2005). Samsun Merkez Sağlık Ocağı'nda görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. *Sted Dergisi*, 14(11): 241-246.
- Child Maltreatment (2011). Report, Children's Bureau <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm11.pdf>; U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC; 2011.(Erişim Tarihi:24.11.2018)
- Çatık, A.E., Çam, O. (2006). Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2): 103- 119
- Çeçen A.R, (2007): "Çocuk Cinsel İstismarı: Sıklığı, Etkileri ve Okul Temelli Önleme Yolları" *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:4 Sayı:1. Sy: 5-15
- Çocuk İstismarı ve İhmaline Üzerine Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Figen Şahin ile bir söyleşi <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc> (Erişim Tarihi:24.11.2018)
- Dikmen A, İnce H, Küntay E. Ve ark. (2011). Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmaline ve İstismarına El Kitabı. Öztürk M. (Hazırlayan). 1. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi, Çocuk Vakfı Yayınları, İstanbul,
- Dinleyici M. ve Şahin DF.(2016). "Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü" *derleme Osmangazi Tıp Dergisi/ Osmangazi Journal of Medicine*, Mayıs7Mayıs,38 DOI:<http://dx.doi.org/10.20515/otd.20235>
- Dubowitz H. (2002). Preventing Child Neglect and Physical Abuse. *Pediatr Rev*; 23: 191
- Elliot AJ, Peterson LW (1993). Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgrad Med. Jul*; 94(1):169-72.
- F, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 17(1), 3-17.

- Faller KC. (1981).Social work with abused and neglected children: A manual of interdisciplinary practice.1st Ed., New York: Free Press,
- Felthous AR. Psychosocial dynamics of child abuse, Journal of Forensic Sciences 1984; 29:219-236.
- Genç Y., Barış İ., (2015) “Roman Çocuklarının Eğitim Süreci Ve Akademik Başarılarında Sosyal İşlanma Algısının Rolü” the journal of academic so-cial science studies, number: 33 , p. 79-97, spring i 2015, doi number:http://dx.doi.org/10.9761(Erişim Tarihi 26.11.2018)
- Gölge Z, Hamzaoğlu N, Türk B. (2011).Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeyleriin Ölçülmesi..Adli Tıp Dergisi; ;26(2):86-96
- Greco BG, Worley NK. (2001). Community psychiatric nursing care. In: Stuart GW, Laraia MT, eds. Principle And Practice Of Psychiatric Nursing. 7 th ed. Missouri: Mosby; .p.728- 744.
- Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S.(2002). [TheBehaviours of Mothers who Perform Physical or Emotional Abuse/Neglect of Their Children]. C. U. ;24(3):128-34
- Güler N. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmali Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,; 24 (3):128 – 134.
- Güney S. (2010). Aile Hekimliğinde Yeni Gelişmeler ve Anne Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri. 1. Sosyal Pediatri Kongresi, 13-16 Ekim, Kuşadası.
- Hancı İH. (2002). Adli Tıp ve Adli Bilimler. Seçkin yayıncılık 1. baskı Ankara; 263-84
- Herendeen PA, Blevins R, Anson E, Smith J. (2014). Barriers to and Consequences of Mandated Reporting of Child Abuse by Nurse Practitioners. J Pediatr Health Care;28(1):e1-e7.
- İnci Yusuf, (2010) Çocukları Cinsel Su İstimali ve İstismarının Sosyo Kültürel ve Ekonomik Boyutları, Ankara, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, (Danışman Prof. Dr.Z.İlbars)
- Jain AM. (1999). Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am; 17: 575-593
- Kahraman Y. (1993). İlkokul Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukların Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmali. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri

Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, (Danışman Doç. Dr. H. Başar)

Kamiloğlu M. (2018). Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmalinde Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi,TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği ,Uzmanlık Tezi,Ankara (Danışman, Uzm. Dr. İ.Arslan)

Kassebaum D, Dove S, Cottone J. (1991). Recognition and reporting of child abuse: A survey of dentists. *Gen Dent*, 39(3): 159–162.

Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*; 38: 1214-1222. 9.

Kara Ö. (2010). Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, .(Danışman Prof. Dr. E. Suskan)

Kara, Ö., Çalışkan, D., Suskan, E. (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmalinde bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49: 57- 65.

Kathryn,L.H.,David,A.W. (2002),Child Neglect: Developmental Issues and Outcomes. *C Abuse Negl*; 26: 679-95.

Kaytez N., Seçil Y., Gül K., (2018). Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü, derleme makalesi;1(1):18-24

Keskin G, Çam O, (2005). Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Hemşirelik Yaklaşımı. *Yeni Symposium*, 43(3) ,118-125.

Kılıçoğlu AG., (2010). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin travmaya tepkileri ile anne-babaların tepkilerinin karşılıklı incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, (Danışman:Yrd. Doç. Dr. Y. Taneli)

Koç F, Aksit A, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Korkmaz Çetin S, Aslan A, Halıcioğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U. (2012). Çocuk İstismarı ve ihmalinde olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Ped Arş*; 47: 119-124.

Kocaer Ü. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk*

- Konaç E. (1991). Türk Hukukunda Çocuk İstismarı ve İhmalı, s. 9,17, Ankara
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. (2002). The world report on violence and health. Lancet ;360:1083-8.
- Kürklü A. (2011). Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Afyon (Danışman Yard. Doç. Dr. N. Şensoy)
- Kurt SL. (2016). Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi;16(1): 99-127
- Kavaklı, A., Pek, H., Bahçecik, N., (1998). Çocuk Hastalıkları Hemşireliği, Çevik Matbaacılık, İstanbul
- Lazenbatt, A., Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. Journal of Advanced Nursing, 56(3):227-36
- Lewis T, Leeb R, Kotch J, et al. (2007). Maltreatment history and weapon carrying among early adolescents. Child Maltreat;12:259-68 Akt. Ulukol, B "Çocuk İstismarı ve Çocuk Suçluluğu İlişkisi" s 45
- May-Chahal C, Cawson P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect;29:969-84
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., & Green, C. E. (2006). Estimating the number of American children living in partner-violent families. Journal of Family Psychology, 20(1), 137-142
- Moore, D. (2005). Telling the Secret: Channels of Communications for the Recovering Survivors of Child Sexual Abuse. _nterntet'ten 15 Aralık 2005'te elde edilmistir. <http://www.malesurvivor.org/Professionals/Articles/telling.htm>,
- Moosa, A., Al-Shaiji, J., Al-Fadhli, A., Al-Bayed, K., Adib, S.M. (2003). Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse & Neglect, 27(10):1161-1178
- Oates, K. (1991) "Çocukların cinsel istismarının kalıcı etkileri", Konaç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (ed) Çocuk İstismarı ve İhmalı, Ankara,

- Oral R, Can D, Vatansver K, Ozenmis M, Orhan Y. (1995). Attitude And Knowledge Levels Of General Practitioners And Pediatric Residents About Child Abuse And Neglect. Turkish Pediatrics Congress. İstanbul,
- Ornduff SR, Kelsey RM, O'Leary KD. (2001). Childhood physical abuse, personality, and adult relationship violence: a model of vulnerability to victimization. *Am J Orthopsychiatry*. Jul; 71(3):322-31.
- Önal SÇ, Celbiş O, Özdemir B, Özdemir MY. (2013). Çocuk istismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi* ; 23:124-127.
- Özmen, S. K. (2004). Aile içi öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(2), 27-39
- Özcebe H, (2009). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İstismar Bildirimi Ve Karşılaşılan Güçlükler. *Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi*, 27-30 Eylül , Ankara.
- Pelkovitz D, Kaplan S, Gpldenberg B, et al. (1994). Post-traumatic Stres Disorder in Physically Abused Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 33:305- 12.
- Pinheriro PS. (2006). *World Report on Violence Against Children*. UN, Geneva,
- Pless IB, Sibald AD, Smith MA, Russell MD. (1987). A Reappraisal Of The Frequency Of Child Abuse Seen In Pediatric Emergency Rooms. *Child abuse & neglect*; 11(2):193-200.
- Polat O. (2007). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. I. Seçkin yayıncılık, Ankara, 13,329–339,159–186, 291–310
- Polat O. (2004). *Klinik Adli Tıp*. Seçkin Yayıncılık 1. baskı Ankara; 85-131.
- Reece, R.M. (1997). *Background Considerations in Child Maltreatment*. New York: Mosby. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66-708, 721-725, 913-916.
- Şahin F, Coşkun A, Pehlivan B, İşeri E, Türkbay T, Miral S, Uslu R, Motavallı N, Ünal F (Editörler). (2008). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları;; 462-469.
- Şahin F. (2001). Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hekimin rolü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* ; 10: 246
- Şahin, F. (2007), “Çocuk istismarının tanımı, Epidemiyolojisi ve Multidisipliner Takım Yaklaşımının Önemi”, *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım*, Ankara Üniversitesi Basımevi; s.5


- Şenver YŞ. (2006), "Ergenlerin Aile İçinde Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Aile İlişkilerinin Değerlendirilmesi". Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman Doç. Dr. V. Işıkhani)
- Saulsbury FT, Campbell R., (1985). Evaluation Of Child Abuse Reporting By Physicians. American Family Physician Journey. 139(4), 393-395.
- Starling SP, Heisler KW, Paulson JF, Youmans E. (2009). Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine, Family Medicine, and Pediatric Residents and Program Director. Pediatrics; 123(4):596-602.
- Sheldrick C., (1991). "Adult Sequelae of Child Sexual Abuse", British Journal of Psychiatry vol. 158 (suppl. 10), ss, 5-62; Akt. Topcu S., Cinsel İstismar, s 229
- Shonkoff JP, Garner AS. (2012). The Lifelong Effects Of Early Childhood Adversity And Toxic Stress. Pediatrics; 129(1):e232-46
- Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., ve diğerleri. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. Türk Pediatri Arşivi, 49, 47-56.
- Solak Y. (2018). Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı anabilim Dalı Ankara, (Danışman Prof. Dr. E. Yoldaşcan)
- Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. (2012). Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. Eur J Dent Educ, 16(1): 158–165.
- Stirling, J. (2009). Neurobiology and The Long-Term Effects Of Early Child Abuse And Neglect. Child abuse: Medical Diagnosis and Management, 3 rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village (IL), 793-812.
- Tackett KK. (2002). The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl; 26:715-29.
- Taner Y, Gökler B. (2004). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35:82-86
- Taş A. (2017). Hacettepe üniversitesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi, Hacettepe üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara (Danışman Prof. Dr. İbrahim Cılga)


- Tatlıcalı E, (2009). Wast ve Hits Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek lisans tezi. Yakın Doğu üniversitesi. Sosyal bilimler enstitüsü. Lefkoşa
- TDK. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama Erişim Tarihi: 24.11.2018
- Tercan M. (1995). Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. E. Akyüz)
- Tercier A. (1998). Child abuse. In: Maer JA (ed). Emergency Medicine (4th ed). St. Louis: Mosby,: 1108-1118.
- Theodore AD, Runyan DK. (2015). A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. Child Abuse Negl 2006;30:1353-63. Tıp fakültesi Aile hekimliği anabilim dali,
- Tıraşçı Y, Gören S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi;34(1):70-74.
- Tugay D. (2008). Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.(Danışman Prof. Dr. S. Kuguoğlu)
- Türker G . (2017).Aile Hekimleri, Hemşire Ve Ebelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, (Danışman Prof. Dr. A. Mavili)
- Ünal F. (2008). Çocuk İstismar ve İhmali. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, (12) 1, 9-18.
- Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. (2010). Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. Int J Paediatr Dent, 20(5): 361–365.
- Uncu F., (2013). Elazığ İlinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali Ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeyleri Ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi,(Danışman F. Oguzöncül)
- Üstündağ A, Şenol FB, Mağden D. (2015). Ebeveynlerin çocuk istismarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bilinçlendirilmesi. Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi, s. 212-226, 12 Mayıs.
- Uysal A. (1998). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. İ Erefe)

- Yalçın N. (2010). Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,
- Yalçın N. (2011). Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,
- Yarar F, Yarış F, (2011). Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15(4), 178-183
- Yılmaz B. (2015),Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman Prof.Dr. Deniz Çalışkan)
- Yudkin, M. (1992). The nightmare of childhood sexual abuse: survivors speak out. Cosmopolitan May, 246-249
- Yüksel Ş, Saner S, (2016). Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması Bilgilendirme Dosyası,
- Zeyfeoğlu Y, Uluçay T, Yavuz MS, AĞırdizer M, (2010). Adli Tıbbi Uygulamalarda Hatalı Tanımlama, Yanlış Karar: Olgu Sunumu. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 16, 185-8.
- WHO (2002). World report on violence and health. E.G. Krug et al. (Eds.). Geneva: World Health Organization
- Walrath C, ybarra M, Holden EW, et al. (2003).Children with reported histories of sexual abuse:util,z,ng multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. Child Abuse Negl ; 27:509-524.
- Wolfe DA, Repucci ND, Hart S. (1995). Child abuse prevention: knowledge and priorities. J Clin Psychol; 24: 5
- Wright MO, Crawford E, Castillo D (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. Child Abuse & Neglect, 33: 59-68.
- WHO (2016). Child Maltreatment. Retrieved November 03, 2016, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>(Erişim Tarihi: 24.11.2018)

8. EKLER

Ek 1.Kurum Izni Ve Etik Kurul Onayı


T.C. Sağlık Bakanlığı


T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
09012918991144710231 - 014 99 - F 3151
www.kuh.edu.tr

T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Karabük Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 34771223-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma Uygunluğu (Yrd.
Doç.Dr. Nazan KARAHAN)

Sayın Şadiye YILDIRIM

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Başkanı ve Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN Danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Şadiye YILDIRIM' ın "Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyi ve Tutumları: Karabük Örneği" konulu anket çalışmasını bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Yrd.Doç.Dr.Erkan DOĞAN
Başhekim V.

EKLER:
BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZLEME FORMU 14 (1 Sayfa)

Şirinevler Mah. Alparslan Cad no:1 merkez karabük
Faks No:03704125658
e-Posta:elif.ayardereli@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Elif.ayardereli
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e8293c9a-5f56-43dc-9c7e-754ca822fb5b kodu ile eri
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Elif AYAR DERELİ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:03704158000

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 2/10	Tarih: 07.02.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Başvuru girişimine katılmadım.
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

Ek 2.Ölçek Kullanım İzni

Gönderen: aynur uysal toraman

<aynur.uysal@ege.edu.tr>

Gönderildi: 14 Aralık 2017 Perşembe 07:47

Kime: Şadiye YILDIRIM

Konu: Re: Ölçek Kullanım izni

Sevgili Şadiye,

Ekte ölçek formunun kullanımına ilişkin bilgilendirme belgesi yer almaktadır. Formu doldurarak bana gönderirsen ölçek kullanım izni sürecini başlatmış oluruz.

Kolaylıklar dilerim.

Prof.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Bornova/İzmir

Ek 3.Onam Formu

Sizi Şadiye YILDIRIM tarafından yürütülen “Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyi ve Tutumları: Karabük Örneği” başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarımız ile tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 67 soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 20-25 dakika/saatir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Yard. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, bir kamu hastanesindeki sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır.

Araştırmanın Süresi: 03 Mart - 30 Temmuz 2018 tarihleri arasında araştırmanın tamamının yapılması planlanmıştır.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 633

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): KBÜ Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Ek 4.Ek Tablo 1. Sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Çocuk İhmali/İstismarı Bildiriminde Doğru Yaklaşım Gösterme durumu Açısından Karşılaştırılması

Çocuk İhmali Ve İstismarı Bildiriminde Doğru Yaklaşım Gösterme Durumu				
Ölçek Alt boyutları	Yanlış	Doğru	İstatiksel Analiz	
	Yaklaşım	Yaklaşım	t	p
	Mean±Ss	Mean±Ss		
Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,1±0,4	0,318	0,751
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,3±0,7	2,2±0,6	1,116	0,266
Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,3±0,4	2,4±0,4	-1,955	0,052
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,8±0,5	-1,198	0,232
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,7±0,6	2,8±0,6	-0,823	0,411
Ailesel Özellikler	2,4±0,6	2,4±0,5	0,609	0,543
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,4±0,3	-0,322	0,748

Ek 5.Ek Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Çocuklara Hizmet Veren Bölümde Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Çocuklara Hizmet Veren Bölümde Çalışma Durumu				
Ölçek Alt boyutları	Evet	Hayır	İstatiksel Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	p
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,06± ,36	2,08± ,43	-0,441	0,659
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,20± ,60	2,12± ,59	1,247	0,213
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,33± ,35	2,38± ,41	-1,131	0,259
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,77± ,46	2,66± ,51	1,967	0,050
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,76± ,56	2,76± ,52	0,127	0,899
Ailesel Özellikler	2,34± ,54	2,35± ,59	-0,147	0,883
Ölçek Toplam Puanı	2,37± ,29	2,35± ,32	0,497	0,620

Ek 6.Ek Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Şüpheli Durumda Yanlış Tanı Koyma Endişesi İle Bildirim Yapmayacağını İfade Etme Durumu Açısından karşılaştırılması

Şüpheli Durumda Yanlış Tanı Koyma Endişesi ile Bildirim Yapmayacağını İfade Etme				
Ölçek Alt boyutları	Hayı	Evet	İstatiksel	
	r		Analiz	
	Mean±Ss	Mean±Ss	t	p
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,0±0,4	0,825	0,410
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,1±0,6	2,2±0,5	-0,268	0,789
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,3±0,4	2,5±0,4	-3,444	0,001
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,6±0,4	1,737	0,083
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,6	2,8±0,5	-0,009	0,992
Ailesel Özellikler	2,3±0,6	2,3±0,6	0,226	0,821
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,4±0,3	-0,183	0,855

Ek 7.Ek Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Şüpheli Durumda Ayırarak Zamanı Olmadığı İçin Bildirim Yapmayacağını İfade Etme Açısından Karşılaştırılması

Şüpheli Durumda Ayırarak Vakti Olmadığı için Bildirim Yapmayacağını İfade Etme				
Ölçek Alt boyutları	Hayır	Evet	İstatiksel Analiz	
	Mean±S s	Mean±S s	t	p
Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,1±0,3	-	0,871
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,2±0,6	1,6±0,3	3,062	0,002
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,4±0,4	2,2±0,5	1,389	0,166
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,5±0,6	1,455	0,147
Yatkın Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,9±0,5	-	0,551
Ailesel Özellikler	2,3±0,6	2,2±0,6	0,869	0,385
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,2±0,3	1,353	0,177

Ek 8.Ek Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının ÇİİBRTÖ Puanlarının Şüpheli Durumda Çocuğun Ailesinden Ayrılacağını Düşündüğü İçin Bildirim Yapmayacağını İfade Etme Açısından Karşılaştırılması

Şüpheli Durumda Çocuğun Ailesinden Ayrılacağını Düşündüğü için Bildirim Yapmayacağını İfade Etme				
Ölçek Alt boyutları	Hayır	Evet	İstatiksel Analiz	
	Mean±S s	Mean±S s	t	p
Fiziksel Belirtileri	2,1±0,4	2,2±0,4	- 1,139	0,256
Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	2,1±0,6	2,2±0,5	- 0,271	0,786
Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2,4±0,4	2,2±0,3	1,339	0,181
Yatkın Ebeveyn Özellikleri	2,7±0,5	2,8±0,5	- 1,096	0,274
Çocukların Özellikleri	2,8±0,5	2,5±0,7	2,314	0,021
Ailesel Özellikler	2,3±0,6	2,3±0,5	0,524	0,601
Ölçek Toplam Puanı	2,4±0,3	2,4±0,3	0,006	0,995

9. ÖZGEÇMİŞ

Şadiye YILDIRIM 1976' da Karabük'ün Eskipazar ilçesinde doğdu. İlköğretimi Karabük Esentepe İlköğretim Okulunda, Sağlık Meslek Lisesini Kocaeli'de tamamladı. 14.11.1994 yılında Karabük İli Eskipazar Hamamlı Sağlık Ocağında mecburi hizmet görevine, 30.06.1997 yılında Karabük Devlet Hastanesinde çalışmaya başladı. Klinik hemşiresi, Klinik Servis Sorumlu Hemşireliği, Eğitim Hemşireliği, Kalite Birim Hemşireliği görevlerinde bulundu. 30.06.2000 yılında Anadolu Üniversitesi Önlisans Ebelik bölümünü, 09.05.2011 yılında 19 Mayıs Üniversitesi Ebelik Yüksek Okulu'na bitirdi. 26.12.2018 tarihinde Sağlık Kurumları İşletmeciliği yüksek lisansını tamamladı. Başhemşire yardımcılığı ve müdür yardımcılığı görevlerinden sonra Tıbbi Sarf Biriminde görevine devam etmektedir. Evli ve 2 çocuğu var.

Şadiye YILDIRIM

e-posta: sadiyeyldrm@hotmail.com

