T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUĞUN FİZİKSEL VE CİNSEL İSTİSMARI KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Selime YELKEN KARABAY

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2021

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUĞUN FİZİKSEL VE CİNSEL İSTİSMARI KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Selime YELKEN KARABAY

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2021

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Dr. Selime YELKEN KARABAY'a ait ''Sağlık Çalışanlarının Çocuğun Fiziksel ve Cinsel İstismarı Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi'' adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: ...../...../.....

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Utku ESER Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun ...../...../..... Tarih ve .....Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım; destek ve emeklerini bizlerden esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU ve Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na, her zaman yanımda olan aileme ve canım eşime teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Yelken Karabay, S. Sağlık Çalışanlarının Çocuğun Fiziksel ve Cinsel İstismarı Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2021. Çocuk istismarı hem ülkemizde hem de dünyada sık karşılaşılan, önlenebilir önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu çalışma çocuk istismarının önlenebilmesi ve tanılanmasında özel bir konuma sahip olan sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız 1 Şubat-1 Ağustos 2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çocuk hastaların başvurduğu bölümlerde görev yapan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 132'si (%64.1) kadın, 74'ü (%45.6) erkekten oluşan toplam da 206 sağlık çalışanı ile yapıldı. Katılımcıların %45.6'sı (94) hekim, %39.8'i (82) hemşire ve ebe, %14.6'sı (30) diğer meslek (att, paramedik vb.) grubundandı. Katılımcıların %69.4'ü (143) okul öğrenimi sırasında, %22.8'i (47) sonrasında çocuk istismarı konusunda eğitim almıştır. %61.2 (126) katılımcı çocuk istismarı vakasıyla karşılaşmış, en çok karşılaşılan olgu fiziksel istismar olarak tespit edilmiştir. %76.2 (157) katılımcı çocuk istismarı vakalarının yeterince bildirilmediğini, %64.1 (109) katılımcı ise bu konu hakkında yeterince bilgi sahibi olunmamasının bildirilmeme nedenine olarak söylemiştir. %69.2 (139) katılımcının en zorlandığı konu öykü alma olarak saptandı. %55.3 (114) katılımcının şüpheli çocuk istismarı vakalarında polise haber vereceği tespit edildi. Hekimlerin İÇÜFBAÖ'den aldığı ortalama puan 76.56 ±7.5 iken, hemşire ve ebelerin 73.63 ±6.5'dir. Hekimlerin bu konudaki bilgi düzeyi hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Çalışmamızın bulgularına göre sağlık çalışanlarının çocuk istismarı konusunda bilgilerinin yeterli olmadığını, okul öğrenimi sırasında ve sonrasında verilen eğitimlerin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının farkındalıklarının artırılması için hem okul öğrenimleri sırasında hem de sonrasında eğitimler düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, sağlık çalışanları, farkındalık düzeyi

ABSTRACT

Yelken Karabay, S. Evaluation of Awareness Levels of Healthcare Professionals About Child's Physical and Sexual Abuse. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Eskişehir, 2021. Child abuse is a common and preventable public health problem both in our country and in the world. This study aimed to evaluate the awareness level of healthcare professionals on this issue, who have a special position in preventing and diagnosing child abuse. In our study, a total of 206 healthcare workers, 132 (64.1%) women and 74 (45.6%) men, who worked in Eskişehir Osmangazi University Medical Faculty Hospital between February 1 and August 1, 2020 and accepted to participate in our study. was done with. Of the participants, 45.6% (94) were physicians, 39.8% (82) were nurses and midwives, 14.6% (30) were from the other profession (horse, paramedic, etc.) group. 69.4% (143) of the participants received training on child abuse during their school education and 22.8% (47) afterwards. 61.2% (126) of the participants encountered child abuse cases, the most common case was identified as physical abuse. 76.2% (157) of the participants stated that child abuse cases were not reported sufficiently, while 64.1% (109) of the participants stated that the reason for not having enough information about this issue was not reported. History taking was found to be the most difficult issue for 69.2% (139) of the participants. It was determined that 55.3% (114) of the participants would inform the police in suspected child abuse cases. While the average score received by physicians on the physical symptoms of abuse on the child subscale was 76.56 ± 7.5, it was 73.63 ± 6.5 for nurses and midwives. The level of knowledge of physicians on this subject was found to be statistically significantly higher than that of nurses. According to the findings of our study, it is thought that healthcare professionals have insufficient knowledge of child abuse and that the trainings given during and after school education are insufficient. Trainings should be organized both during and after school education in order to increase the awareness of healthcare professionals.

Key Words: Child abuse, healthcare professionals, awareness level

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları	4
2.2. Çocuk İstismar ve İhmalinin Tarihçesi	7
2.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi	13
2.4. Çocuk İstismarının Prevalansı	15
2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı	17
2.5.1. Fiziksel İstismar	19
2.5.2. Cinsel İstismar	30
2.5.3. Duygusal ve Psikolojik İstismar	45
2.5.4. Ekonomik İstismar	46
2.5.5. İhmal	47
2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinde Risk Faktörleri	49
2.6.1. Toplumsal Risk Faktörleri	50
2.6.2. Bireysel ve Ailesel Risk Faktörleri	52
2.6.3. Çocukla İlgili Risk Faktörleri	55

Sayfa

2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi 56
2.7.1. Birincil Korunma 57
2.7.2. İkincil Koruma 57
2.7.3. Üçüncül Koruma 58
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü 58
2.9. Çocuk İstismar ve İhmalinde Bildirim Yükümlülüğü 60
2.9.1. Suçu Bildirmeme 61
2.9.2. Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi 61
2.9.3. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi 62
2.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Türk Hukuk Sistemindeki Yeri 62
3. GEREÇ VE YÖNTEM 71
3.1. İstatistiksel Analiz 73
4. BULGULAR 74
4.1. Sağlık Çalışanlarına İlişkinTanıtıcı Bilgiler 74
4.1.1 Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri 74
4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusundaki Görüşleri ve Karşılaşma Durumlarına İlişkin Bilgiler 75
4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusunda Eğitim Almalarına İlişkin Bilgiler 76
4.1.4. Sağlık Çalışanlaının Çİ Vakalarının Bildirilmesi, Bildirim Yapmama Nedenleri, Zorlandıkları Konulara İlişkin Bilgiler 77
4.1.5. Sağlık Çalışanların Çİ ile Karşılaştıklarında Yapacakları Müdahalelere İlişkin Bilgiler 78
4.2. Sağlık Çalışanlarının Çİ Tanılanmasına Yönelik Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların İncelenmesi 80

Sayfa

4.3. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Çİ Konularındaki Görüşlerinin Karşılaştırılmaları 83
4.3.1. Okul Hayatında Çİ Konusunda Eğitim Durumu ile Çİ Vakalarını Gözönünde Bulundurmayla İlişkili Bilgiler 83
4.3.2. Yaşlara Gruplarına Göre Çi Vakaları ile Karşılaşılmasına İlişkin Bilgiler 84
4.3.3. Cinsiyete Göre ÇİGözönünde Bulundurma ile İlişkili Bilgiler 84
4.3.4. Çİ Konusunda Eğitim Alma ve Çİ Konusundaki Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması 85
4.4. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Ortalama Puanı ile İlişkili Bilgiler 87
4.4.1. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Ortalama Puanı ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması 87
4.4.2. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Anket Ortalama Puanı ile Çİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Karşılaştırılması 89
4.4.3. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Anketi Ortalama Puanı ile Çİ Konusundaki Görüşlerin Karşılaştırılması 90
5. TARTIŞMA 92
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları 99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 100
KAYNAKLAR 102

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Çİ	Çocuk İstismarı
ÇİKORED	Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
İÇÜFBAÖ	İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği
N	Katılımcı Sayısı
MSBP	Munchausen by Proxy Sendromu
P	Anlamlılık Düzeyi
SS	Standart Sapma
SBS	Sarsılmış Bebek Sendromu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
vb	Ve Benzeri
%	Yüzde
Q1	Percentil 25
Q3	Percentil 75
$\bar{X}$	Aritmetik Ortalama
X_{ort}	Median

TABLOLAR

		Sayfa
4.1	Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri	74
4.2.	Sağlık Çalışanlarının Çİ Bilme, Göz Önünde Bulundurma, Karşılaşma ve Karşılaştıkları Olguların Dağılımları	75
4.3.	Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Çİ Olguların Dağılımları	76
4.4.	Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı	76
4.5.	Sağlık Çalışanlarının Çİ Vakalarının Yeterince Bildirilme Durumlarının Dağılımları	77
4.6.	Sağlık Çalışanlarının Çİ Vakalarında En Zorlandıkları Konuların Dağılım	77
4.7.	Çİ Vakalarının Yeterince Bildirilmeme Nedenlerin Dağılımı	78
4.8.	Sağlık Çalışanlarının Çİ ile Karşılaştığında Yapacakları İlk Müdahalelerin Dağılımı	79
4.9.	Çocuğun İstismarının ve İhmalinin Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Anketinin Cevap Dağılımları	80
4.10	Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusunda Eğitim Alma/Vakaları Göz Önünde Bulundurma Durumları Dağılımı	84
4.11.	Yaşlara Göre Çİ ile Karşılaşma Durumu Dağılımı	84
4.12.	Cinsiyetlerin Çİ Göz Önünde Bulundurma Durumlarına Göre Dağılımı	85
4.13.	Mesleklerin Çİ Konusunda Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	85
4.14.	Mesleklerin Çİ Bilme, Karşılaşma, Yeterince Bildirildiğini Düşünme Durumlarının Dağılımı	86
4.15.	Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelikleri ile İÇÜFBAÖ Ortalama Puanların Dağılımı	88
4.16.	Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Süreleri ile İÇÜFBAÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı	89
4.17.	Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarının İÇÜFBAÖ Ortalama Puan Dağılımları	89
4.18.	Sağlık Çalışanlarının Çİ Vakaları ile İlgili Görüşlerine Göre İÇÜFBAÖ Ortalama Puan Dağılımı	90

1. GİRİŞ

Toplumların geleceklerini daha sağlam inşa edebilmeleri için toplumun sosyal yapısını oluşturan çocukların, bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve eğitilmesi gerekliliği herkes tarafından kabul gören bir durumdur (1). İnsanlık tarihi boyunca çocuğa yönelik olan tutum ve davranışlar bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte değişkenlik göstermiştir. Tıp alanındaki gelişmelerle yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ve bulaşıcı hastalıklara karşı alınan önlemler ile çocuk ölüm oranları azalmıştır. Zaman içerisinde çocuğa yönelik sağlık, eğitim, beslenme ve çevresel faktörlerde iyi yönde gelişmeler olmasına rağmen, çocuğa karşı kötü muameleler devam etmektedir (2).

Çocuğun maruz kaldığı her çeşit kötü muamele için "Çocuk İstismarı ve İhmali" ifadesi kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre çocuk istismarı; çocuğun "Sağlığına, yaşamına, gelişimine, değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranış, cinsel kötü muamele ve her türlü ticari amaç için çocuğun kullanılmasını içeren tüm saldırgan davranışlardır". İhmal ise, öncelikle anne-baba olmak üzere çocuğa bakmakla yükümlü diğer aile bireyleri veya yetişkinler tarafından beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim ve duygusal gelişim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır (3).

Hem dünyada hem de ülkemizde tıbben, hukuken, gelişimsel, psikolojik ve sosyal açıdan çok ciddi bir problem olan çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ), çocuğun şimdiki ve gelecekteki yaşamını da olumsuz etkilemektedir (4). Çocuk istismarı ve ihmalinin sıklıkla yakınındakiler tarafından yapılması, yinelenebilir nitelikte olması, kötü davranış olarak kabul edilip gizlenmesi nedeniyle, istismarın ve ihmalin tanılanması ve tedavisi güçleşmektedir (5).

Yeterli veri olmamasına rağmen hem ülkemizde hem de dünyada çocuk istismarı (Çİ) çok sık görülmektedir. Çocuğun küçük yaşlarda istismara maruz kalma ihtimali daha yüksek olup büyük yaşlardaki çocuklardan neredeyse iki kat fazladır (6). Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre; istismara maruz kalan çocukların %50.1'inin 15-17 yaş aralığında, %25.2'sinin 12-14 yaş aralığında, %24.7'sinin ise 11 yaş ve altındaki çocuklardan oluşmaktadır. Bu çocukların %65.4'ü

erkek, %34.6'sı ise kız çocuğudur. Bu durum 2019 yılında 2018 yılına göre %5.8 artış göstermiştir (7). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010) verilerine göre; evde, okulda, dışarda vb. ortamlarda 7-18 yaş grubu çocukların %25'i ihmale, %43'ü fiziksel istismara, %51'i duygusal istismara ve %3'ü cinsel istismara maruz kalmaktadır (8).

İstismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda düşmanca tavırlar, konuşmada gecikme, öğrenmede bozulma, özgüven düşüklüğü, suça eğilimde artma, madde kötüye kullanımı, sosyal iletişim becerilerinde bozulma, depresyon, intihar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yorgunluk, baş, pelvis, kaslar gibi vücutta kronik ağrılar, anksiyete vb gibi çok ciddi ruhsal, bedensel ve davranışsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır (9).

Çocuğa kötü muamele bazı kişiler tarafından kabul edilemez bir davranış olması, tekrarlanabilirlik korkusu gibi nedenlerle ya inkâr edilir ya da görmezden gelinir (10). Kimi zaman da sosyo-kültürel farklılıklar, durumu algılayış biçimi, sağlık alanında çalışan kişilerin yeterli bilgi ve donanımının olmaması gibi nedenlerle çocuk istismarı ve ihmalinin tanılanmasında, kayıt altına alınmasında, yasal süreç başlatılmasında, tedavi edilmesinde gecikmelere neden olmaktadır (11).

İstismar ve ihmale maruz kalan çocuklar tüm yaşantıları boyunca birçok zorlukla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle toplumdaki tüm bireylerin bu konudaki farkındalığının artırılması ve işbirliği içerisinde bulunması gerekmektedir. Çocuk istismarı vakalarının önlenebilmesi için sağlık profesyonellerine ciddi işler düşmektedir. İstismarın erken tanılanması, riskli çocukların tespiti, yasal süreçlerin başlatılması, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin düzgün bir şekilde yapılması için yeterli bilgi düzeyine ve farkındalığa sahip olunmalıdır. Çocuk istismarını önlemede amaç, durumun ortaya çıkmaması için önlemler almak, bazı tür davranışları engellemek, ya da olumlu yönlere kanalize etmeye çalışmaktır.

Sağlık çalışanlarının bu olguları tespit edebilmeleri için çocuk istismarının belirti ve risklerini bilmeleri ve tanılamaları önemlidir. Bu çalışmamızda Eskişehir

Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının çocuğun fiziksel ve cinsel istismarı konusundaki farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları

Çocukluk kavramı geçmişten günümüze her dönemde toplumun ahlaki, kültürel, ekonomik değerlerinden etkilenmiştir. Dönemin din adamları, bilim insanları, devleti yönetenler, çocuğun bakımı ile ilgilenen aileler, eğitmciler çocuk kavramı tanımını kendi bilgi ve deneyimlerine göre yorumlamışlardır. Hem farklı toplumlarda hem de aynı toplumun farklı gruplarında da bu kavrama verilen anlam farklılık göstermiştir (12).

Aristo'ya göre; çocukluk, davranışlarında aklı kullanmayan çocuğun kendi başına bırakıldığında mutsuzluğa, huzursuzluğa sebep olacağını, insan hayatını tehdit eden birçok zorluğun, hastalığın yaşandığı en felaket dönemi oluşturmaktadır. Agustine ise annesinin memesine saldıran bebeğin bu davranışının günahkârlık belirtisi olduğunu, çocukların iyilik eğilimlerinin ise zayıflıkları olduğunu söyler (12).

Antik dönemde bebeklik ile yaşlılık arasındaki hemen hemen her çağ çocukluk dönemi olarak değerlendirilip, bu döneme verilen ilginin azlığı nedeniyle çocuklara nasıl bir yaklaşım sergilendiği ile ilgili veriler yetersizdir (13, 14).

Savunmasız ve güçsüz olarak dünyaya gelen çocuklar varlıklarını bir süre daha böyle devam ettirmektedirler. Sosyal ve psikolojik olarak güçsüz ve savunmasız olanı yönetme, hükmetme içgüdüsü hukuk kurallarına da etki etmiştir. Eski Roma ve Germen Hukuku'na göre; baba çocuğunu ister köle olarak satabilir isterse öldürebilirdi. Eski Yunan'da kızlar ve erkekler arasında ayrımcılık yapılmakta erkek çocuklar daha fazla değer görmekteydi. Hatta istenmeyen veya sağlıksız çocuklar ölüme terkedilebilmekteydi. Çocuk hakları iyi olmasa da Eski Yunanlılar da eğitime önem verilmekteydi. Ancak eğitim sadece erkek çocuklara verilmekteydi. Örneğin Sokrates, sadece erkek çocuklara eğitim vermiş olup, Platon ise 6 yaştan itibaren kız ve erkek çocukların ayrılması gerektiğini söylemiştir (15).

Orta Çağ'da çocukluk dönemi, yeterli önemi görememiş ve çocuk bilinçten yoksun kişiler olarak değerlendirilmiştir (13, 16). Çocukluğun en zor geçtiği dönemlerden biri olup küçük yetişkinler olarak görülen çocuklar yetişkinler gibi giydirilir, oynar, çalıştırılır, evlendirilirdi. Hatta oyuncakları bile onları yetişkinliğe hazırlamaya uygun olacak şekildeydi. Çocuklar bu dönemde kilisenin hakimiyeti altındaydılar ve çok ağır cezalarla karşı karşıya kalabilmekteydiler. Beslenme ve bakım eksiklikleri nedeniyle bebek ve çocuk ölümlerinin en yüksek olduğu bu dönemde, 6 yaşına kadar bebek ve çocuklar ailenin bir ferdi sayılmazlardı (12).

Geçmişe bakıldığında kız çocuklarının erkek çocuklarına göre daha çok kötü muameleye maruz kaldığı görülmektedir. Örneğin, Çin'de maddi kaygılar nedeniyle kız çocukları öldürülmekte, Eskimolar evlerine gelen konuklara kızlarını sunmakta, Hindistan, Avustralya, bazı İslam ülkelerinde kız çocukları erken yaşlarda evlendirilmekteydi (2).

İslamiyetten önceki Türk toplumlarında ise, çocuğun babanın mutlak hakimiyetinde olmadığı, anne-babanında çocuğa karşı görevleri olduğu, özellikle erkek çocukların eğitimine önem verildiği, çocuğu olmayan ailelerin kötü karşılandığı, çocukların değerli olduğu görülmektedir. Çocukluktan itibaren çocuklara hayvan bakmak, elbise, silah, araç-gereç üretmek, müzik, spor, eğlence alanında deneyim ve yetenek kazanmak için aile içi eğitimler verilmekteydi (17) .

Türk İslam Toplumu'nda bulüğ yaşına ermemiş çocukların cezai ehliyetlerinin olmadığı vurgulanmış ve çocukların eğitiminin sadece iyi bir dil ve davranışla desteklenmesi gerektiği ifade edilmektedir (18). Çocuğun yüzmeyi öğrenmesi, at biniciliğini bilmesi, toprakla oynaması gibi zihinsel ve bedensel gelişimine destek olan oyunlarla iç içe olması teşvik edildiği görülmektedir. Çocuğun ruhsal, bedensel, sosyal ve duygusal gelişimlerinin yeterliliğini sağlayabilmesi için gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (12).

Sanayi Devrimi'yle Amerika ve İngiltere gibi bazı sanayi ülkeleri fakir ailelerin küçük çocuklarını fabrikalarda çalıştırmaya başlamıştır. Eğitimli insan ihtiyacının artmasına neden olan teknoloji ve bilim alanındaki gelişmelerle çocukların

fabrikalardan okullara yönlendirilmesi ihtiyacı doğmuştur. Böylece çocuğun eğitiminin daha hümanist ve gelişimsel bir temele oturtulması bakışı gelişmiştir. Aydınlanma Çağı ile babanın çocuk üzerindeki sınırsız hakimiyetinin azaldığı, çocuğun masum birer yurttaş olarak korunup, kollanması gerektiği üzerinde durulurken Sanayi Devrimi ile çocukların üretim amaçlı zorlu şartlarda çalıştırılmaları olumsuz etkilenmelerine neden olmuştur. Sömürgecilik anlayışının hakim olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çocuklar tarım alanlarında çalıştırılmakta, ev dışına para kazanmak amaçlı çalışmaya gönderilmekte, akşamları da hayvanlarla birlikte kaldıkları belirtilmektedir (12).

J. Locke'un tabula rasa anlayışıyla ortaçağdaki "İnsan günahkâr doğar." düşüncesi sarsılmaya başlamış, Emilie'nin çocuğun bağımsız, yetişkinlerle aynı olmadığı düşüncesiyle de yok olmaya başlamıştır. Böylece devletin ve ailenin çocuğa bakışı değişmeye başlamıştır. "Çocuklarına bakmak, sorumluluklarını üstlenmek hiçbir mazeret kabul edilmeksizin bir babanın görevidir." görüşü dönemin bir devrimi niteliğinde olup, bir başkaldırı olarak değerlendirmek gerekmektedir. J. Locke göre; çocuk geleceğin yurttaşıdır. Çocuğun geliştirilmesi ve eğitilmesi bu anlayışla yapılmalıdır. Doğuştan zihni boş olan çocukların zihninin şekillendirilmesinden anne-baba, öğretmenler ve devlet sorumludur.

Aile ilişkileri, çocuğa yakınlık ilk kez burjuva ailelerinde ortaya çıkmaya başlamıştır. Hatta bu ailelerin çocuklarını sevmesi, değer vermesi çocukluk algısının değişmesine neden olmuş ve dönemin çocuk eğitim anlayışına zarar verdiği düşüncesiyle ayıplanmalarına neden olmuştur (19).

Batı da 16. yüzyıldan itibaren çocukluk kavramı fikri gelişmeye başlamış olup 17. yüzyılda çocukların saf ve savunmasızlığı ön planda tutulmuştur (20). İkinci Dünya Savaşı'nda savaşın yıkımından çocukların ciddi şekilde etkilendiğinin görülmesi üzerine Avrupa ülkeleri ve birçok ülke de dahil olmak üzere çocuklara karşı daha dikkatli davranılması gerektiğini düşünmüşlerdir. Böylece bilimsel gelişmeler, insan haklarındaki çalışmalar ve yeni bakış açısıyla çocuğun gelişimsel özelliklerinin ön planda tutulduğu, yenilenmiş bir çocuk kavramının ortaya çıkmasını sağlamış ve 20. yüzyıl "Çocuk Yüzyılı" olarak gösterilmiştir (12).

Çocuk Yüzyılı olarak görülen 20. yüzyıl, 1989'da kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi ile bu yüzyılın en önemli olayıdır. Bu sözleşme ile çocuk hakları konusunda hukuki olarak ilerleme kaydedilmiştir. Ancak tüm bunlara rağmen, çocukların kötü muamele görmelerinin önüne tamamen geçilememiştir. Refah düzeyindeki gelişmişlik ile toplumdaki çocukların mutlu olduğu yargısı doğru olmamakla birlikte gelişmiş toplumlardaki çocuk suçluluk oranı artış göstermektedir. Modern düyada hala çocuklar sömürülmekte, tacize uğramakta, şiddet görmekte, sokakta yaşamakta, çalışmaya zorlanmakta, suça itilmektedir. 19. yüzyıl'dan itibaren tüketim nesnesi olarak tartışılan çocuk, 20. yüzyıl'da da bu durumdan kurtulamamıştır. Popüler kültür kurbanı olan çocuklar, yetişkinler gibi giyinmekte, iletişim kurmakta ve onlar gibi davranarak kendilerine özgü varlıklarını kaybetmektedirler. Nesnellikten kurtulamayıp öznelleşememektedir. Postman'e göre çağımız, çocukluğun kaybolduğu çağdır (21).

2.2. Çocuk İstismar ve İhmalinin Tarihçesi

Saf ve savunmasız olarak dünyaya gelen çocuklar uzun süre bakıma, ilgiye ve korunmaya ihtiyacı olan canlılardır. Geçmişten günümüze çocukların yetiştirilmesi ve eğitimi sürecinde pek çok kez fiziksel ve emosyonel istismarla karşı karşıya kalmıştırlar. Ailelerin bilerek ya da bilmeyerek sergiledikleri bu olumsuz davranışlar çocukların örselenmesine ve gelişimlerinin hasar almasına neden olmaktadır. Çocuğa yönelik uygulanan şiddet, ilgisizlik, ihmal ve istismar gibi olumsuz durumlar çocuğun öz saygısında azalmaya, depresyona, intihar eğilimine, şiddet gösterme eğilimine, sosyal ilişklerinde bozulmaya neden olmaktadır. Bu olumsuzlukların önlenebilmesi için istismar ve ihmalin iyi tanınması gerekmektedir (22).

Çocuk istismarı ve ihmali geçmişten günümüze kadar bakıldığında toplumdan topluma, aynı toplumun farklı gruplarında da farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar toplumun kültüründen, ekonomisinden, dini inanışlarından, sosyal yapılarından etkilenmektedir.

Bir toplumdaki davranışı çocuk istismarı ve ihmali olarak değerlendirirken o toplumun kültürel özelliklerinin de gözönünde bulundurulması gerekmektedir.

Örneğin; Emelie Olson'un Türkiye'deki bir çalışmasında Türk Anneleri'nin çocuğun üşümesini engellemek için kat kat giydirirken, Olson'un ise bebeğini sıcak havalarda dışarda su ile oynamasına izin vermesi birbirine tezat iki davranış olmakla birlikte her iki annenin de istismar gibi görünen bu davranışları aslında, çocuğu için en iyisini düşündüğünü göstermektedir (23).

Çocukların istismar ve ihmali geçmişten günümüze kadar uzun yıllar boyunca devam etmesine rağmen insanlar tarafından dile getirilmemiş ve yadsınmıştır. 19. yüzyılın sonları ile 20.yüzyılın başlarında bu konunun bütünsel ve bilimsel bir şekilde ele alınması gerektiği konusu ortaya çıkmıştır (24).

İlk bildirilen çocuk istismarı vakası 1874 yılında New York şehrinden gelmiştir. 8 yaşındaki Mary Ellen Wilson adındaki küçük çocuk beraber yaşadığı üvey annesinden sürekli şiddet görmekte, evde yalnız bırakılmaktaydı. Eve gelen misafirin durumu farketmesiyle bu misafir, birçok yere başvuruda bulunmuş ancak destek göremeyip en son Hayvan Koruma Derneği'nden yardım alabilmiştir. Dernek başkanı çözüm bulamayınca çocuğu hayvan statüsünde değerlendirip yardım etmeye çalışmış fakat başarılı olamamıştır. Uzun uğraşları sonrasında çocuk mahkeme kararı ile bakım evine yerleştirilmiştir. Üvey anne de fiziksel istismar uygulamaktan 1 yıl hapis cezası almıştır. Olaydan 8 ay sonra çocuğun avukatı Elbridge Gerry tarafından çocukları korumak amaçlı ilk derneği kurmuştur (25). Böylece Amerika'da bu tarzda birçok dernek kurulmuştur ve yaygınlaşmıştır. ABD'de 1980'li yıllarda devletin ve/veya devlet dışı kurumların da etkisiyle çocukları korumaya yönelik birçok yasa çıkarılmıştır (26).

Çocuk istismarı ve ihmalinin hukuksal ve bilimsel süreci toplumsal sürecin gerisinde kalmıştır. 1860 yılında Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu dövülerek öldürülmüş 32 çocuğun otopsi bulgularını derlemiş ve ilk kez tıbbi olarak çocuk istismarı ve ihmali tanımını yapmıştır. 1870 yılında kaza veya şiddet kaynaklı ölen beş yaşından küçük 3926 çocuktan oluşan bir araştırmada 202 çocuk kötü davranıştan, 95 çocuk ihmalden, 18 çocuk ise soğuktan donarak öldüğü Londra'nın resmi kaynaklarında mevcut olduğu görülmüştür ve bu ölümlerin hepsinin çocuk istismarından kaynaklaklandığı tespit edilmiştir (27).

1946 yıllında Çocuk Radyolojisi Uzmanı J. Caffey'in subdural hematomu ve uzun kemiklerdeki çok sayıda kırıkları olan çocukları tanımlayarak bu durumun travma kaynaklı olabileceğini vurgulamıştır. 1962 yılında Kempe ilk kez hırpalanmış çocuk "battered child" tanımını kullanmıştır. Daha sonra bu tanım çocuk istismarı "child abuse" olarak isim değiştirmiştir (28). Hırpalanmış Çocuk Sendromu ile ilgili görüşlerin ortaya çıkmasıyla bu sendromun daha kapsamlı tanımlamaları ABD'nin eski verileri, psikiyatrik, radyolojik, pediatrik, adli ve yasal kavramlarında eklenmesiyle yapılmıştır. 1974 yılında ABD'de "Hırpalanmış Çocukları Koruma ve Tedavi Etme" (Child Abuse Prevention and Treatment) adıyla bir yasa çıkarılmış ve bu yasa ile 1974 yılındaki istismar ve ihmale maruz kalan çocukların raporlanması zorunlu kılınmıştır. Yine bu yasa ile çocukların varlıklarının kabul edilmesi, korunması ve tıbbi gereksinimleri için bir bütçe oluşturulmuştur (2).

Çocuk hakları konusunda yasal anlamda düzenlenmeler 21. yüzyılda bazı sözleşmelerle yapılmaya başlanmıştır. Çocukların kendi haklarının olması gerektiği düşüncesi Fransız İhtilali ve batı dünyasında yayılan hümanistik düşünceyle gelişmeye başlamıştır. Batı dünyası, İsviçreli eğitimci Pestallozi'nin fakir ve kimsesiz çocukları korunmasında gösterdiği çabalardan sonra sorumluluk alma eğilimine geçmişlerdir. Sosyal değişimler sonucunda ailelerin zayıflamasıyla çocuklara yeterli korumanın, bakımın ve eğitimin verilemediği ve bu sorumluluğun devlet tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır.

Batı Kıta Avrupası'nda 19. yüzyıla kadar Roma Hukuku geçerlilik göstermekteydi. Roma Hukuku'na bakılacak olursa; daha çok anne ve babanın yararının gözeltildiği, çocuğun bakımını, korunmasını, beslenmesini sağlayacak herhangi bir kanun mevcut değildi. Roma Hukuku'nda çocuk değer gören bir varlık değildi. Ailenin konumu daha önemli olup çocuğu olmayan aileler kötü karşılanır, bunun neticesinde evlat edinilmeye çalışılırdı. Ayrıca baba isterse çocuğunu satabilir, cezalandırabilir hatta öldürebilirdi. Çocuk devlet sınırının dışına satılırsa köle olur, sınır içinde satılırsa devletin vatandaşı olarak kalır ama satıldığı kişinin yanında özgür olmayan konumunda sayılırdı. Satın alınan kişi tarafından serbest bırakılan çocuk baba evine döner ve erkek çocuksa üç, kız çocuksa bir kez satılabilir. Çocuğun satılması iyi

karşılanmaz ve 12 Levha Kanunları'na göre erkek çocuğun üç, kız çocuğun bir kez satılması babalık hakkının bitmesine neden olmaktaydı (14, 29).

Modern Hukuk'a baktığımızda 20. yüzyılda özellikle 1. Dünya Savaşı'ndan sonra çocuğun bakımı, korunması, eğitimi, birçok açıdan refahının sağlanması hem annenin hem de babanın sorumluluğunda olduğu düşüncesi gelişmiştir. Bu hukuk sisteminde hem annenin hem de çocuğun yararı gözetilmektedir. 1. Dünya Savaşı'ndan sonra insanların savaşın yıkımından kurtulmak ve daha barışçıl bir ortamda yaşamasını sağlamak amacıyla Milletler Cemiyeti kurulmuştur. 1924 yılında bu cemiyet tarafından kabul edilen "Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi" ile çocuk haklarını gözeten yayınlanmış ilk belge olmuştur. Aslında 1894 yılında Jules de June çocukların korunması amacıyla örgütleşmenin olması gerektiğini vurgulamıştır. İlk resmi adım 1912 yılında İsviçre'de atılmış olup, 1. Dünya Savaşı çıkınca bu durum gündem dışında kalmıştır. 1921 yılında Brüksel de yapılan bir kongrede "Uluslararası Çocukları Koruma Birliği" kurulmuştur (14).

Türkiye'de 1931 yılında Atatürk tarafından imzalanarak kabul edilen Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi, esasında çocuğun bakımı, eğitimi güven içinde yaşaması gerektiği vurgusunun yapıldığı bir bildirgedir. Maddeleri şu şekildedir:

1. Çocuğun bedenen ve ruhen doğal sürecinde gelişmesine imkân verecek olanaklar içinde olması gereklidir.
2. Acıkan çocuk beslenmeli, hasta çocuk tedavi edilmeli, fikir olarak geride kalan çocuk eğitilmeli, yolundan sapmış çocuk yola getirilmeli, terkedilmiş çocuk korunmaya alınmalıdır.
3. Herhangi bir felaket söz konusu olduğunda öncellikle çocuğa yardım edilmelidir.
4. Çocuk hayatını kazanabilecek hale getirilmelidir ve her türlü istismara karşı korunmalıdır.
5. Çocuk yeteneklerini toplumun hizmetine adanmış bir ruh ve düşünce içinde yetiştirilmelidir (30).

Bu bildirge İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nden ilham alınarak çocukların kendine has özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerekliliği nedeniyle tekrardan

düzenlenip 20 Kasım 1959 Yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından Çocuk Hakları Bildirgesi olarak değiştirilmiştir. Bildirgelerin uluslararası yasalarda bağlayıcılığı ve yaptırımı olmayan devlet tarafından kabul edilen kararlardır. Ancak uluslarası sözleşme olarak kabul edildiğinde ise iç hukuk kuralı olarak yasa niteliği taşır. Çocuk haklarının daha fazla güvence altına alınması ve uluslararası bağlayıcılığın sağlanması amacıyla 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu üyeleri tarafından Çocuk Hakları Sözleşmesi oy birliği ile kabul edilmiştir. Sözleşme 61 ülke tarafından imzalanmış ve onaylayan 20 ülkede uluslarası yasa olarak yürürlüğe girmiştir. Türkiye'de de 14 Şubat 1994 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanan sözleşme 27 Ocak 1995 yılında Resmi Gazete'de yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralı haline gelip uygulamaya geçilmiştir (14, 15, 31).

İnsanlığın çocukluğa en iyisini verebilmesi gerektiği düşüncesiyle ortaya çıkan Çocuk Hakları Bildirgesi'nin ilkeleri ise şöyledir:

1. İlke: Her çocuk bu bildirgedeki haklardan dil, ırk, renk, cinsiyet, milliyet, mülkiyet, siyasal, toplumsal, sınıf ayırımı yapılmadan yararlanmalıdır.

2. İlke: Çocuk hususi olarak korunmaldır. Yasalar ve bazı kurumların desteği ile bedenen, zihnen, ahlaken, ruhen ve toplumsal olarak sağlıklı bir ortamda özgür ve haysiyetine zarar verilmeden yetişmesine olanak sağlanmalıdır. Bu doğrultuda çıkarılacak yasalarla çocuğun en yüksek yararı göz önünde bulundurulmalıdır.

3. İlke: Tüm çocukların doğumdan itibaren bir ismi olmalı ve devletin vatandaşı olma hakkı verilmedir.

4. İlke: Çocuklar sosyal güvenlikten yararlanmalı, çocuğun sağlıklı bir biçimde büyüyüp ve gelişebilmesi için hem çocuğun hem de annenin doğum öncesinden doğum sonrasına gerekli bakımının ve korumasının sağlanması gereklidir. Çocuğun yeterli beslenmesi, barınması, istirahati, oyun oynaması için gerekli tıbbi bakım alması hakkıdır.

5. İlke: Fiziksel, zihinsel ya da toplumsal bakımdan, özürlü çocuğun alması gereken tıbbi tedavi, eğitim ve bakım olanakları sağlanmalıdır.

6. İlke: Çocuk kişiliğin gelişebilmesi için ilgi ve sevgiye muhtaçtır. Çocuk anne ve babası tarafından sevgiyle ve güvenle büyüyeceği bir ortamda olmalıdır. Maddi olanakları yetersiz olan ailelerin desteklenmesi hem toplumun hem de devletin sorumluluğundadır. Yaşı küçük çocukların ailesinden ayrılmaması için gerekli her olanak seferber edilmelidir. Fazla çocuklu ailelere devlet tarafından yardım sağlanmalıdır.

7. İlke: Çocuğun yeteneklerini ve kültürünü geliştirip muhakeme yapma, karar verebilme yetisini kazanması, ahlaken ve toplumsal sorumluluğunu yerine getirebilmesi için eğitim hakkı olmalıdır. Çocuğun eğitiminde ilk sorumluluk alacak kişiler ailelerdir. Eğitimin ilk seviyeleri ücretsiz ve zorunlu tutulmalıdır.

8. İlke: Çocuk her şartta korunma ve kurtarma imkânkarından ilk yararlanacak kişilerden olmalıdır.

9. İlke: Çocuklar her türlü kötü muameleye ve sömürüye karşı korunup, ticari bir çıkarın parçası olmamalıdır. Çocuk uygun bir yaş sınırına gelmeden çalıştırılmamalı, bedensel, zihinsel ve ahlaksal gelişimine aksatacak, sağlığına ve eğitimine zarar verecek bir işte çalışmaya zorlanmamalı ve izin verilmemelidir.

10. İlke: Çocuk, ırk, din veya herhangi bir ayrımcılığı özendirecek durumlardan korunmalıdır. Enerjisini ve yeteneklerini anlayış, hoşgörü, kişiler arası dostluk, evrensel barış ve kardeşlik duygularıyla insanlığın hizmetine sunulması gerektiği farkındalığında yetiştirilmelidir (32).

Ülkemize baktığımızda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik çalışmalar son yıllarda yapılmaya başlanmıştır. Osmanlı Dönemi'nde disiplin yöntemi olarak kullanılan dayağın eğitim kurumlarından yasaklanmasıyla çocuk istismarına yönelik ilk hamle gerçekleşmiştir. Türkiye'de ilk kez çocuk hakları ve çocukların korunması gerektiğini dile getiren "Himaye-i Etfal Cemiyeti"dir. 1921 yılında Kurtuluş Savaşı sonrasında yakınlarını kaybeden, yoksul, kimsesiz, korunmaya muhtaç çocukların korunması ve eğitilmeleri amacıyla gönüllü kişilerin öncülüğünde padişahın iradesiyle, halkın yararı için çalışan bir topluluk olarak kurulmuştur. Bu cemiyet, amaçları doğrultusunda kurumlarını genişleterek, çocuklara ve ailelere tıbbi yardım,

maddi destek, süt dağıtımı, çocuk alanları ve çocuk bakımı ve sağlığı ile ilgili bilinç oluşturmak için yazılı materyaller yayımlamıştır. Balkan Savaşı'na kadar yerel bir cemiyet olarak devam etmiştir. 1981 yılında dernek statüsünden devlet kurumu statüsüne geçirilmiştir. 1991 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan kararla feshedilmiş ve görevleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilmiş, 1991 yılında başbakanlığa bağlanmıştır. 2011 yılında ise, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bu kurumun yerine geçmiştir. Günümüzde Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü adıyla bakanlığa bağlı olarak hizmet vermektedir (33, 34).

Ülkemizde çocuk istismarı ile ilgili ilk çalışmaların hukukçular ve sosyal hizmet uzmanlarınca yapıldığı görülmektedir. 1988 yılında Ankara'da kurulan Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği, toplumu ve ilgili kişilerin farkındalığın arttırmak amacıyla hem ulusal hem de uluslararası seviyede toplantılar yapmakta, konuyla ilgili çalışmalar ve yayınlar yayınlamaktadır. Zaman içerisinde bu tarz sivil toplum örgütlerinin sayısı artış göstermiştir. 1992 yılında Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) kurulmuştur. ÇİKORED, konuyla ilgili hem akademik seviyede hem de toplum seviyesinde farkındalık oluşturmak için çalışmalar yapmaktadır (2, 35).

2.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi

Bu sözleşme "Dünya Çocuklarının İnsan Hakları Yasası"dır. Sözleşmeye göre; 18 yaşını doldurmamış her birey çocuktur. Çocuk bedensel ve zihinsel olarak yeterli gelişmişlikte olmadığından korunmaya ve bakıma ihtiyaç duyan varlıklardır (36).

Bu sözleşmeyi imzalayan ve onaylanan devletlerin kanunen uymak zorunda oldukları uluslararası bir antlaşmadır. Türkiye sözleşmeyi 14 Eylül 1990'da imzalamış ve Ocak 1995 yılında da onaylamıştır. Türkiye sözleşmeyi imzaladığında 17, 29, 30. Maddeler ile ilgili çekinceleri olduğunu ve bu maddeleri T.C. Anayasası ve 24 Temmuz 1923 Lozan Antlaşması'nın ifade ve ruhuna uygun olarak yorumlayıp, uygulama hakkını saklı tuttuğunu bildirmiştir. Çekinceli olunan maddeler "etnik azınlık" ve "yerli halk" dan olan çocukların konuşma dilleri, kitle iletişim araçları ile okulda kullanmalarını kapsamaktadır (32).

Sözleşmeye göre; çocukların yaşama, korunma, tıbbi bakım, beslenme gibi ana ihtiyaçlarının karşılanması gerektiği ile ilgili hakları vardır. Yeterli olgunluğa ulaşabilmeleri için spor, oyun, eğitim, fikirlerini özgürce ifade edebilmeleri, kendileriyle ilgili konularda karar verebilme hakkları vardır. Sözleşme bütün çocukların bu haklardan yararlanabilmesi gerektiğini, bu hakların aynı seviyede önemli ve birbirleriyle ilşkili olduklarını ifade eder. Sözleşme 54 maddeden oluşmakta ve her biri ayrı bir hakkı kapsamaktadır.

Haklar dört grupta toplanmıştır: 1) Hayatta kalma 2) Korunma 3)Gelişme 4) Katılma.

1) **Hayatta kalma hakkı:** Çocuğun yaşam hakkı vardır. Yaşamak için gerekli olan barınma, beslenme, uygun yaşam kalitesi ve tıbbi bakıma ulaşabilmesi gerekir.
2) **Korunma hakkı:** Çocukların her türlü kötü muameleden korunması gereklidir. Mülteci çocuklar için durumuna uygun koruma, çalışan çocukların haklarının güvenceye alınması, kötü muameleye maruz kalmış çocukların korunup, her türlü tıbbi bakım ve iyileştirici tedavinin sağlanması gerekir.
3) **Gelişme hakkı:** Çocukların yeterli olgunluğa erişmesine imkân sağlayacak eğitim, sanatsal etkinlikler, fikir özgürlüğü, inanç özgürlüğü, tıbbi bakım gibi ihtiyaçlarına ulaşabilmesine gerekli imkân sağlanmalıdır.
4) **Katılma hakkı:** Çocuk yaşadığı toplumda aktif bir birey olabilme imkânının sağlanması hakkıdır (32).

Nitelikli insan yetiştirmek için toplumun ve devletin sorumluluğunda olan çocuk, yaşam kalitesinin yeterli düzeyde olması, korunması, geliştirilmesi, çocuğun bakımından sorumlu kişiler veya başka kişiler tarafından fiziksel, cinsel, duygusal gelişimine zarar verecek herhangi bir istismar veya ihmalin olmasının önlenmesi temel hedeftir (37). Bu hedefler doğrultusunda sözleşmede çocuk istismarı ve ihmalini önlemeye yönelik 14, 34 ve 39. maddeler yer almaktadır. Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre; çocuğun bakımından sorumlu kişiler, bu hakkı çocuğa zarar vermek için kullanamazlar. Devlet, çocuğa bakmakla yükümlü olan anne-baba veya diğer bireylerin çocuğa karşı yapılacak her türlü istismar ve ihmalden korumak ve önlemekle yükümlüdür. Ayrıca istismar ve ihmale maruz kalan kişilerin tıbbi bakım ve iyileştirici tedavisinin yapılmasını sağlamakla da yükümlüdür. Sözleşmenin 39'uncu maddesine

göre; taraf devletler silahlı çatışma, sömürü, her türlü kötü muameleye maruz kalarak mağdur olan çocukların bedenen ve ruhen sağlıklarının korunması, iyilik halinin devamının sağlanması ve toplumla kaynaşması için uygun tedbirleri almalıdır. Şiddet mağduru çocukların rehabilitasyonu da bu maddede yer almaktadır. Sözleşmesi'nin 34'üncü maddesine göre; bu madde cinsel istismar ile ilgili olup, çocuğun cinsel istismar ve sömürüden korunması yer almaktadır (32, 38).

2.4. Çocuk İstismarının Prevalansı

Çocuk istismarı ve ihmali dünya genelinde ciddi sakatlıklara ve ölümlere neden olan önemli bir halk sağlığı problemidir. İstismar türleri içinde fiziksel belirtilerinin saptanabilir olması nedeniyle fiziksel istismar daha kolay belirlenebilmektedir (4). Cinsel istismar ise çocuğun istismarı bilmemesi, söylememesi, söylediğinde ise şüphe duyulması, utanıldığı için gözardı edilip gerekli yerlere bildirilmemesi gibi nedelerle tanı alması güçleşmektedir (39).

Cinsel istismar puberteden sonra artış göstermektedir ve adölesan dönemde en yüksek orandadır. Birçok ülkede, kız çocukları cinsel şiddet görme, eğitim ve beslenme ihmalleri açısından erkeklere göre daha riskli durumdadır. Birçok çalışma sonucuna göre kız çocukları erkeklere oranla bir buçuk ile üç kat daha fazla cinsel istismarla karşılaşmaktadır (40).

DSÖ (2020) verilerine göre, dünya çapında her yıl 2 çocuktan biri veya bir milyar çocuk herhangi bir istismara maruz kalmaktadır. Dünya genelinde ortalama 4 çocuktan üçü veya 2-4 yaş arasındaki 300 milyon çocuk düzenli olarak ebeveynleri ve bakıcıları tarafından fiziksel veya psikolojik şiddet görmektedir. Her 5 kadından biri ve her 13 erkekten biri 0-17 yaş grubundaki iken cinsel tacize maruz kaldığını bildirmektedir. 20 yaşından önce 120 milyon kızın zorla cinsel ilişkiye maruz bırakıldığı düşünülmektedir. Her 3 çocuktan biri duygusal istismara maruz kalmakta ve dünya genelinde 4 çocuktan biri yakın partner şiddeti gören anne ile birlikte kalmaktadır. 2017 yılında dünya genelinde 40150 çocuk cinayete kurban gitmiştir (41).

2017'de 12-17 yaşları arasındaki Meksikalı gençler arasında yapılan bir araştırmada, her 4 çocuktan biri zorbalık yaşamıştır. Her 10 kişiden biri fiziksel şiddet, %6 tehdit, %6 cinsel istismar ve %2 siber zorbalık yaşamıştır. 2016'da yayınlanan ABD Ulusal Çocukların Şiddete Maruz Kalması Araştırmasına göre, 10-17 yaş arası gençlerin %5'i toplum şiddeti yaşadığı belirtilmiştir (41).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2015 yılında 683000 çocuğun %75.3'ü ihmale, %17.2 fiziksel istismara ve %8.4 cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. 2011 yılındaki 658000 olan vaka sayısı 2015 yılında %3.8 artış göstermiştir (42). Avrupa ve Asya ağırlıklı yapılan bir çalışmada 9-17 yaş aralığındaki 10 çocuktan 6'sının hatalı bir şey yaptıklarından dayak yeme şeklinde fiziksel istismara uğradıkları gösterilmiştir. İngiltere'de hafta bir 4 çocuk istismar ve ihmalden ölmekte, dört yaşından küçük her 1000 çocuktan biri fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (43).

TÜİK (2015) verilerine göre; 15-24 yaş aralığında bulunan gençlerin %25.4'ü yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete, %9.5'u cinsel şiddete, %28.1'i ise hem fiziksel hem de cinsel şiddete maruz kalmaktadır (44).

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) birlikteliği ile 2010 yılında yapılan Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu'na göre; Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş grubundaki çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanıklık ettiği, %51'inin duygusal istismara, %43'ünün fiziksel istismara, %3'ünün cinsel istismara ve %25'inin ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir (45).

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (2015) verilerine göre; kadınların %8.9'u 15 yaşından önce cinsel istismarla karşılaşmıştır. Çocukken maruz kaldıkları cinsel istismarın %38'i yabancılar , %15'i ise tanıdık çevre veya aileden oluşmaktaydı. Cinsel istismar aile bireylerinden %4'ü dayı, %2'si amca ve %2'si ağabey tarafından gerçekleştirilmiştir (46).

Erişkin ve çocuk arasında olan cinsel temasın %30-50'si aile dışı tanıdık veya yabancı birisi tarafından gerçekleşmektedr. Cinsel istismar erkeklere oranla kızlarda 4 kat daha fazladır. İstismarcı sıklıkla erkek olup, %5-15'i kadındır. Kadın istismarcı çoğunlukla erkeğe yönelik istismar gerçekleştirmektedir (47).

Güneş-Aslan (2020) adli vakalardan yaptıkları bir çalışmada cinsel şiddete maruz kalan çocukların %79 kız , %21 erkekten oluşmaktaydı ve erkek çocukların kız çocuklarına göre daha erken yaşta cinsel istismara maruz kaldığı görülmektedir (48).

TÜİK verilerine göre; 2014 yılında 11 yaşından küçük 2052, 12-14 yaş arasında 2651 ve 15-17 yaş arasında 2904 çocuk cinsel istismara maruz kalmıştır. 2017 yılında ise sırasıyla yaş aralığına göre; 3669, 4737 ve 10195 çocuk cinsel istismar ile karşı karşıya kalmıştır. 2014 yılındaki cinsel istismar mağduru çocukların %58'i 2017 yılındaki çocukların %55'i 15-17 yaş aralığını oluşturmaktaydı. Buna göre; büyük yaşın cinsel istismara uğrama açısından risk oluşturduğu sonucuna varılmıştır (46).

Sivas'ta anneleri tarafından fiziksel istismara maruz kalmış çocuklarla yapılan bir araştırmada %53.8'ine tokat atıldığı, %23.1'inin ise dövüldüğü ya da çimdiklendiği görülmüştür (49).

2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre çocuk istismarı ve ihmali; 18 yaşından küçük çocukların sağlığını, gelişimini, yaşam kalitesini veya sosyal iletişimdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen her türlü fiziksel, duygusal, psikolojik ve cinsel istismarı, ihmali veya ticari amaçla sömürülmesidir. İhmal ise, çocuğun bakımından sorumlu ebeveynler veya diğer aile bireyleri tarafından beslenme, barınma, sağlık, eğitim ve duygusal yakınlık gibi temel ihtiyaçlarının bilerek veya bilmeden karşılanmamasıdır. Aynı zamanda çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı ya da yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışlarda bu tanım kapsamındadır (3, 50).

Çocuk istismarı ve ihmali genellikle birlikte kullanılan kavramlar olup, aslında birbirinden farklı anlamlar taşımaktadır. İstismar aktif bir eylem iken, ihmal pasif bir eylemdir (51).

Kempe (1972), çocuk istismarı ve ihmalini "Ebeveynlerin veya çocuğa bakmaktan sorumlu olan kişilerin yerine getirdiği ya da yerine getirmediği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı yara almaları" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda hem istismara hem ihmale vurgu yapılmaktadır (52).

Farklı toplumların istismarı algılayış biçiminin farklı olması nedeniyle, hangi davranışın istismar hangisinin istismar olmadığı problemi ortaya çıkmaktadır. Bu problemi çözmek amacıyla 1980 yılında Garbarino ve Gilliam istismar ve ihmal tanımına uzman görüşü boyutununda eklenmesi görüşünü sunmuşlardır (2).

"İstismar" kelimesinin Türkçe karşılığı olarak Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde; birinin niyetini kötüye kullanma, sömürme olarak tanımlanmaktadır. İhmal ise; gereken alakayı göstermeme, boşlama, savsaklama, önem vermeme olarak tanımlanmaktadır (53).

İngilizce'de "Child Abuse and Neglect" karşılığı olarak Türkçe'de farklı kelimeler kullanılmaktadır. Sıklıkla "Çocuk İstismarı ve İhmali" kelimesi kullanılmaktadır. "Abuse" yerine ise örselenme, ezim, kötü muamele veya istismar kelimeleri kullanılmaktadır (54).

Finkelhorn ve Korbin 1988 yılında istismarın uluslararası düzeyde kabul edilebilmesi için altı ana faktörün olması gerektiğini söylemektedir (27).

1. Davranış kasıtlı yapılmış olmalıdır.
2. Davranış oluşturduğu ortamda kabul görmeli ve onaylanmalıdır.
3. Uluslararası düzeyde davranışın istismar olduğu kabul edilmiş olmalıdır.
4. Bireysel, devlet eliyle, ekonomik ve dini eylemler de istismar çerçevesinde kabul edilmektedir.

5. Toplumda başka kesimlere değil doğrudan çocuklara zarar veren bir davranış olmalıdır.
6. Toplumda birey olarak kabul edilen çocuğa yönelik olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (2006) çocuğa karşı kötü muameleyi dört gruba ayırmıştır (50).

1) Fiziksel istismar,
2) Cinsel istismar,
3) Duygusal ve psikolojik istismar,
4) İhmal.

2.5.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük bireylerin ebeveynleri veya bakımından sorumlu kişilerce sağlığına zarar verecek şekilde kaza dışı fiziksel yaralanması ya da yaralanma riskinin oluşmasıdır. Yaralanma elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak olabilir. Ebevenylerin çocuklarına ceza vermek istediklerinde ya da kontrollerini kaybettiklerinde kaza dışı yaralanmalar gerçekleşmektedir. Sıklıkla dövme şeklinde gerçekleşir (55).

Fiziksel istismarda cinsiyetler arası bariz bir fark olmadığı, ancak ergenlik çağında kızların daha çok fiziksel istismara maruz kaldığı, fiziksel istismarın en çok 4-8 yaş arasında görüldüğü, yaş arttıkça fiziksel istismara uğrama sıkığının azaldığı gözlenmektedir. Aile içinde çocuklara karşı şiddet en çok anneler tarafından yapılmaktadır. Genç annelerle yapılan bir çalışmada %78'inin çocuklara fiziksel istismar uyguladıklarını bildirmişlerdir. Ebeveynlerin kendileri ile aynı cinsiyetteki çocuklarına, babaların çoğunlukla büyük yaş çocuklarına, annelerin ise sıklıkla küçük yaştaki çocuklarına fiziksel istismarda bulunduğunu ifade etmektedir (55).

Kuveyt'te yapılan bir çalışmada ailelerin %86'sı fiziksel şiddeti bir disiplin cezası olarak görmektedirler. Ailelerin bazıları ciddi bir suç işleyen çocuğunu yaralayacak kadar şiddetli dövdüklerini, bazıları da yakarak veya karanlık bir odaya

kapatarak cezalandırdıklarını ifade etmektedirler (56). Fiziksel istismar uygulama şekillerine göre iki başlık altında incelenmektedir (57).

1) **Aletsiz Saldırılar:** Herhangi bir alet kullanılmadan çocukta lezyon oluşturan istismar tipidir. Tokat atma, yumruk, itip-kakma, tekmeleme, sarsma, ısırma ve çimdikleme gibi örnekler verilebilir.
2) **Aletli Saldırılar:** Alet kullanılarak çocukta çeşitli lezyon oluşturan istismar tipidir. Genellikle kemer, ev eşyası (tava, telefon vb.), hortum, sigara, ütü, sıcak su ve sıcak yiyecekler gibi araçlar kullanılmaktadır.

Fiziksel İstismarda Risk Faktörleri

Ebeveyn ve Bakıcıya Ait Risk Faktörleri

- Bakıcı veya ebeveynin genç ve deneyimsiz olması,
- Ebeveynin beklentisinin çocuğun gelişimsel özelliklerinin üstünde olması,
- Ebeveyn veya bakıcının destek alabileceği kimsenin olmaması,
- Ebeveynlerin sosyal ilişkilerinin kötü olması nedeniyle sahiplenme, sevgi, güven duygularını tatmin edebilmek için çocuğuna yönelmesi,
- Hastalık, mali, mesleki, maddi ve hukuki, streslerinin olması,
- Çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmış olması,
- Ebeveynin madde, alkol bağımlılığı veya psikotik sorunlarının olması,
- Tedavi edilmeyen ve/veya kronik akıl hastalığının olması çocuk istismarını arttıran risk faktörlerindendir.

Çoğunlukla istenmeyen gebeliklerden doğan, gayrimeşru, anne-babanın istediği cinsten olmayan, kriz dönemlerinde doğan çocuklar ebeveyn istismarına açıktır.

Çocuğa Ait Risk Faktörleri

- Çocuğun akut ya da kronik bir hastalığının bulunması,
- Prematüre olması,
- Zihinsel veya fiziksel engelinin olması,

- Doğum sonrası anne ve çocuğun uzun süre ayrılması nedeniyle anne-çocuk bağının zayıf olması,
- Annenin sık aralıklarla gebe kalması,
- Çoklu doğum olması,
- Enürezis,
- Çocuğun sürekli ağlaması,
- Davranış bozukluğunun olması,
- Hiperaktif olması,
- İştahsız veya aşırı iştahlı olması,
- Az uyuması veya uyku düzeninin bozuk olması,
- Okul başarısının düşük olması.

Toplumsal/Sosyal Risk Faktörleri: Fiziksel istismar tüm sosyal sınıflarda görülmekle birlikte; azınlık grubunda olma, kültürel uyumda yetersizlik, fakirlik, düşük gelir düzeyi, kötü sosyal çevre, sosyal destek sisteminin yetersiz olması, çocukların boş zamanlarını geçirecek faaliyet alanlarının az olması, stresli yaşam olayları çocuğa uygulanan fiziksel istismar riskini arttıran faktörlerdir. İstismarı daha çok ebeveynin üstesinden gelemeyeceği sorunlarla karşılaştığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. İlk akla gelenler arasında maddi problemler, işsizlik, aile içi tartışmalar, hastalıklar ve anne-babadan birinin olmamasıdır (58).

Bu risk faktörlerinden bağımsız olarak çocukların yetişkinler tarafından istismara uğramalarının temelinde, çocuğun kendisini koruyabilecek ruhsal ve fiziksel özelliklere, güce sahip olmaması yatmaktadır.

Genellikle aileler çocuklarını sağlık kuruluşuna evde meydana gelmiş bir kaza veya kardeş, akran tarafından yaralandığı hikâyesi ile getirirler. Sıklıkla geliş nedenleri arasında çocuğun üzerine sıcak birşeylerin devrilmesi, yüksek bir yerden düşme, kapıya çarpma şeklindedir (59).

Fiziksel İstismar Olgusuna Yaklaşım ve Değerlendirme

Fiziksel istismar vakalarında aileler çocuklarının kaza sonucu veya kardeş, arkadaş tarafından yaralandığı hikâyesiyle hastaneye getirirler. Bu aşamada hekimin çocuğun yaralanmasının kazadan mı yoksa istismardan mı kaynaklandığını ayırt edebilmesi oldukça önemlidir. Çünkü verilecek yanlış kararlar hem çocuk hem de aile için çok ağır sonuçlara neden olabilmektedir. Yaralanmanın istismardan kaynaklandığının tespit edilememesi istismarın atlanmasına ve çocuğun istismarcısına verilmesine neden olacaktır. Böylece istismarın tekrarı yaşanacak, gecikmelere bağlı olarak ek yaralanmaların artmasına hatta ölüme neden olabilecektir. Yaralanmanın kazadan kaynaklı olduğunun tespit edilememsi durumunda ise; yaralanma istismar olarak değerlendirilip aile gereksiz suçlanacak ve oluşacak adli süreç nedeniye çocuk ve aile mağdur olacaktır (60).

Bu nedenle çocukluk çağındaki yaralanmalarda sağlık çalışanları istismar yönünden uyanık olmalıdır. Çocuğun öyküsü ve fizik muayenesi ayrıntılı değerlendirmelidir.

Fiziksel İstismar Şüphesinde Öykü Alma

İstismar şüphesi olan çocuklarla görüşme çocuğun rahat edebileceği bir ortamda yapılmalıdır. Çocuğu travmatize etmeden bilgi toplamak hedeflenmelidir. Mümkünse çocukla yalnız başına görüşülmeli ve diğer ebeveynlerle de görüşmeler ayrı ayrı yapılmalıdır. Aile çocukla yalnız görüşülmesine karşı çıkıyorsa bu durum şüphe uyandırmalıdır ve kayıt edilmelidir. Klinisyen çocukla görüşmesinde sakin bir ses tonuyla öncelikle kendini tanıtmalı, yapılacak işlemleri anlatmalı, çocuğun olayı kendi kendine anlatmasına teşvik etmelidir. “Daha sonra ne oldu?”, “Başka birşeyler daha söylemek ister misin?” şeklinde açık uçlu sorular sorulmalı ve ifadeler çocuğun ağzından çıktığı şekilde kaydedilmelidir. Sorular çocuğun yaşı ve gelişim derecesi ile uyumlu olmalıdır.

Aile ile görüşmede çocuğun doğum öyküsü, daha önce benzer bir durum olup olmadığı, hastaneye yatış öyküsü, acil servise geliş sıklıkları, ağlama, beslenme

öyküsü, başka sorunları olup olmadığı, olayın oluş şekli, tedaviye getirmede gecikme olup olmadığı gibi sorularla detaylı bilgi edinilmeye çalışılmalıdır. Görüşme sonrası tüm veriler raporlanıp, tarih yazılıp en yakın sosyal hizmetlere, çocuk esirgeme kurumlarına ve adli mercilere gönderilmelidir (28, 61).

Öyküde Fiziksel İstismarı Şüphelendiren Durumlar

Muayene sırasında aile dışından bir kişin daha olması sağlanmalıdır. İstismarın üzerinden 72 saat geçmemiş veya kanama, akut hasar durumu varsa derhal muayene edilmelidir. 72 saatten uzun bir süre geçmiş ise ve akut hasar bulgusu yok ise acil muayene gerekmeyebilir. Çocuk gelişimsel, davranışsal, mental, duygusal yönleriyle geniş bir değerlendirmeya tabi tutulmalıdır. Büyüme parametreleri, cinsel gelişimi değerlendirilmelidir. Bütün kemikler muayene edilmeli, hassasiyet olan bölgelerde travma açısından görüntüleme planlanmalıdır. Ekimozlar, yanıklar ve lezyonun boyutları not edilip fotoğraflanmalıdır. Ağız içi, uyluk, kafatası travma yönünden değerlendirilmelidir (28).

Öykü de klinisyenin fiziksel istismarı işaret eden ve şüphelenmesi gereken durumlar şunlardır (61):

- Tatmin edici olmayan veya yaralanmayı açıklayamayan öykü verilmesi,
- Açıklamalarda farklılıklar olması,
- Farklı kişilerle görüşmelerde başka başka öyküler verme,
- Anne, baba ve çocuğun birbirinden farklı hikâyeler anlatması,
- Ebeveynin çocuğun hastalığına önem vermemesi veya aşırı bir şekilde önemsemesi,
- Anne, babanın yaralanma için çocuğu, kardeşleri ya da akranlarını sorumlu tutması,
- Ebeveynlerin çocuğun yalan söylediğini söylemesi,
- Ebeveynlerin hikâyeyi anlatmaması veya ağır bir yaralanma durumunda bile travmayı reddetmesi,
- Çocuğun gelişim düzeyinin geride olması ve bu durumla uyumsuz öykü olması,

- Ailenin hastaneye başvurusundaki gecikmeye neden olan durumu açıklayamaması.

Fizik Muayenede Fiziksel İstismarı Düşündüren Bulgular

Fiziksel istismar bulguları oldukça çeşitlidir. Olgular karşımıza ekimoz, ısırık izleri, kırıklar, iç organ yaralanmaları ve kafa travması şeklinde gelebilir. Fiziksel muayene yaparken önce inspeksiyon, sonra palpasyon yapılmalı ve lezyonlu bölge en son değerlendirilmelidir. Ayrıca çocuğun vücudundaki tüm lezyonların eski olup olmadığına da bakılmalıdır (62).

Deri: Deri en sık yaralanan organdır ve değerlendirmesi daha kolaydır. Yanık, ekimoz, sıyrık, kesi, ısırık izi, tırnak izi, cetvel, kemer, sopa vb. bir cismin şekline benzeyen yaralar fiziksel istismarın işaretleri olabilmekte ve istismardan şüphelenilen çocukların %90'dan fazlasında görülebilmektedir. İstismara bağlı oluşmuş yanıklar keskin bir sınırla belli bir alanda bulunur. Simetrik ve farklı derinlikte olmaktadır. Enfeksiyon kapmış ve birden fazla yanık oluşu da istismarı düşünüdürür.

Daldırma yanıkları ise sıklıkla hem alt hem üst ektremiteler, perine ile kalçaların sıcak suya batırılması sonucu oluşan yanıklardır. El ve ayaklarda eldiven çorap tarzı, simetrik ve yuvarlak görünümlü yanıklar uyarıcı olmalıdır. İstismara bağlı temas yanıkları ise vücudun çeşitli bölgelerinde (Sırt, boyun, kalça gibi) keskin sınırları olan yanıklar şeklindedir.

Sigara yanıkları en çok el, kol, baş ve boyun gibi çıplak alanlarda dairesel, keskin sınırlı, geniş çapta ve birden çok lezyon şeklinde görülür.

Özellikle genital, gluteal bölge, sırt, el ve kulak gibi alanlarda farklı renkteki ekimozlar çocuğun farklı zamanlarda birçok kez istismar edildiğini düşündürür.

İstismar sonucu oluşan ısırık izleri sıklıkla ekstremiteler, yanak, omuz, kalça ve karın bölgelerindedir. Tam ısırık izi oval veya eliptik şeklinde olup, tam olmayan ısırık izleri ise birbirine bakan iki yarım daire şeklinde görülür.

Ayrıca çocuğu saçından tutup ittirme, çekme sonucu saç kaybı, saçlı deride kanamalar görülebilmektedir. Rastgele kesilmiş saç da istismar bulgusu olabilmektedir (62).

İskelet Sistemi: Çocukluk döneminde kırıklar sık görülen bir travma bulgusudur. Fiziksel istismar vakalarının 3'te birinde kırıklar olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda 3 yaşından küçük çocuklarda kırıkların %30'unun, 12 aydan küçük bebeklerde ise %75'inin istismar kaynaklı olduğu bildirilmiştir. Henüz yürümeyen çocuklarda ise uzun kemik kırıkları sıklıkla istismarı düşündürmelidir.

Uzun kemiklerin uç kısmındaki metafiz kırıkları, spiral/oblik kırıklar, arka kosta, vertebra, skapula, sternum, kompleks kafatası kırıkları büyük ihtimalle fiziksel istismardan kaynaklanmıştır. Özellikle birden fazla arka kosta kırıklarında mutlaka çocuk istismarı açısından uyanık olunmalıdır. Genelde ekstremitenin tutulup çevrilmesi sonucu meydana gelebilir.

Çocukluktaki kafatası kırıkları istismar veya kaza kaynaklı olabilmektedir. %30 kafatası kırığı istismardan kaynaklanmaktadır. En sık kırıkları linner kırık şeklinde olup istismar veya kaza nedenli olabilmektedir. Birden çok komplike kafatası kırıkları, çökme kırıkları veya farklı zamanlarda oluşmuş kırıklar çoğunlukla çocuk istismarını akla getirirmelidir.

İki yaşından küçük her çocukta istismar şüphesi varsa eski lezyonları da görebilmek amacıyla iskelet taraması yapılmalıdır. Birden fazla ve farklı zamanlarda oluşmuş kırıklarda, kırık tipi hikaye ile korelasyon göstermiyorsa veya istismarı düşüdürecek radyolojik bir veri elde edilirse 10-14 gün sonra tarama tekrarlanmalıdır (63).

İç Organ Yaralanmaları: 2 yaşından küçük çocuklardaki istismara bağlı kafa travmaları ciddi sakatlık ve ölüm nedenidir. Özellikle 2-6 ay arasındaki kafa travması ile getirilen bebeklerde istismar ihtimali yüksektir. Genelde apne, nöbet geçirme, koma gibi şikâyetlerle birlikte, ağlama, huzursuzluk, kusma ve letarji gibi başka bulgular da olabilmektedir. Hatta bazı çocuklarda hiç şikâyet olmayabilir ve genelde muayene

bulguları da anlamsızdır. Travma öyküsü çoğunlukla olmaz ya da hafif travma öyküsünden bahsedilmesi nedeniyle istismar akla gelmez ve atlanmasına neden olur. Subdural ve subaraknoid kanamalar en çok görülen kafa içi bulgulardır. Ayrıca retinal kanamalar, spinal travma sonucu kontüzyon, laserasyon ve intraspinal kanamalar görülebilir.

İstismara uğramış çocuklarda göğüs travmasına bağlı kaburga kırıkları, hemotoraks, pnömotoraks ortaya çıkabilmektedir. Bebeklerde kaburga kırıkları nadiren kazaya bağlıdır. Bu sebeple bebeklerdeki kaburga kırıklarında mutlaka fiziksel istismar düşünülmelidir (59).

Abdomen yaralanmaları genellikle karın bölgesine uygulanan doğrudan darbe ile iç organların vertebral kolon tarafından sıkışması sonucunda oluşmaktadır. İstismar nedeniyle abdomen yaralanmaları nadir olmakla birlikte fiziksel istismarın en sık görülen ikincil ölüm nedenidir. Semptomların görünür olmaması nedeniyle tanınması zordur. Çocukta açıklanamayan şok, peritonit, safralı kusma, anemi bulguları var ise istismar düşünülmelidir. Fiziksel istismar sonucu vakaların %60'ında karın bölgesinde ekimoz saptanmıştır. Travma sonucu en sık yaralanan organlar karaciğer ve dalaktır (62).

Santral Sinir Sistemi: Sallama ya da kafaya vurma ile süt çocuklarında kafa içi hasarlar oluşabilmektedir. Bunun sonucunda yaygın beyin ödemi gelişebilir veya subdural hematom gelişip kafa içi basınç artışına neden olabilir. Kafa içi basıncın artışına bağlı huzursuzluk veya letarji, hipotoni, fontanel bombeliği, baş çevresi artışı, kafa içi kitleye bağlı fokal bulguların varlığı, koma, konvülsiyon, bradikardi, apne veya kardiyopulmoner arrest gelişebilir. Alçak bir yerden düşme sonucu kafa kırığı olma ihtimali düşüktür bu nedenle ağır bir yaralanma var ve düşme öyküsünden bahsediliyorsa istismarı akılda tutmak önemlidir (28).

Göz lezyonları: Göze doğrudan travma sonucunda retinal kanamalar, periorbital ekimoz, ödem, orbital kırıklar, subkonjonktival kanamalar, lens dislokasyonu ve retinal ayrışma gelişebilmektedir.

Ağız ve kulak lezyonları: Çocuğun zorla beslenmeye çalışılması sonucu üst dudak, frenulum ve ağız tabanında morarma ve laserasyon, dişlerde kırık ve avulsiyon, yüz ve çene kemiklerinde kırıklar gözlenebilir (64).

Dış kulakta hasar bulgusuna istismar vakalarında çokça rastlanmaktadır. Kulak kepçesinde ekimoz hatta laserayonlar görülebilir ve sıklıkla tokat atmaktan kaynaklanır. Kulak kepçesindeki ekimozlar kulağın çekilmesinden ya da çimdiklenmesinden olabilirken, kulağın arkasındaki ekimozların nedeni ise kafatası kırığı olabilmektedir. Daha ciddi ve sert travmalarda kanama, kızarıklık, şişlik, kulak kanalı ve timpanik zarda hematom, timpanik zarda yırtılma ve beraberinde işitme kaybına ve enfeksiyona neden olabilmektedir (65).

Fiziksel İstismarın Sonuçları: Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda yeme bozuklukları, sosyal iletişim becerilerinde bozulmalar, düşük özgüven, depresyon, korku, çekingenlik, öfke, çatışma, uyum problemleri, kendi kendine zarar veren davranışlar, evden kaçma, ağrı şikâyetleri ya da rahatsız hareketler, algılama, kavrama, dikkatini yoğunlaştırmada zorluklar, aşırı uyarılmışlık, yalan söyleme, gerileme davranışı, tuvalet eğitimi tamamlamış çocukta alt ıslatması, ebeveynlerinden korkma, eve gitmek istememe ve okul başarısında düşme gibi problemler görülebilmektedir (66).

Fiziksel İstismarda Tedavi ve İzlem

İstismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı "Çocuk Koruma Birimleri" kurulması bu nedenle önemli olup en uygun tedavinin yapılmasını sağlar. Bu birimde pediatristler, çocuk psikiyatrları, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, acil hizmet sorumluları ve sosyal hizmet uzmanları bulunmalıdır. İstismar veya ihmalin belirlenmesi durumunda yapılacak ilk şey çocuğun istismarın tekrarından koruma olmalıdır. Bu nedenle aile sosyal açıdan değerlendirilmeli, takip edilmeli sosyal destek aldırılmalı, olumsuz sonuç yaşanması halinde çocuk aileden uzaklaştırılıp, çocuğa uygun sosyal destek sağlanmalıdır. İstismar tanılaması doğrulandıktan sonra çocuğun fizik muayenesi, ruhsal muayenesi,

adli değerlendirilmesi yapılıp hızlıca tedavi alması sağlanmalıdır. Yasal süreç başlatılıp, çocuğun hakları korunmalıdır. Aile ve diğer fertleri gözetim altında tutulmalıdır (67).

Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Kafa travmasına neden olan Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS), fiziksel istismara maruz kalmış bebeklerde ve çocuklarda en sık ölüm nedeni ve uzun dönemde sakatlığın ve kalıcı hasarın en sık görülen nedenidir. SBS'nin sebep olduğu kafa travmaları başka sebeplerden kaynaklanan kafa travmalarından daha acil ve uzun dönemdeki sonuçları daha kötüdür. Her 4 vakadan biri ölmekte veya yarısından fazlasında kalıcı olarak nörolojik ve/veya görme bozukluğu meydana gelmektedir.

SBS, bebeğin veya çocuğun şiddetli sarsılması sonucu oluşan kaza dışı travmatik bir yaralanmadır. Guthkelch 1971 yılında, subdural hematomların kamçı darbeleri nedeniyle olabileceğini ifade etmiştir. SBS ile ilişkili bulgular daha sonra Caffey tarafından tanımlanmış ve Whiplash- Shaken Baby Sendromu olarak isimlendirilmiştir.

SBS vakaları çoğu zaman 6 aylıktan küçük, genelde bir yaşın altındadır. Bebeğin bakımından sorumlu kişinin bebeğin durdurulamaz bir şekilde ağlaması ve bebeği teselli edememesi nedeniyle ümitsizliğe kapılıp kontrolünü kaybetmesi nedeniyle bebeği göğsünden, kollarından ve boyun bölgesinden sıkarak şiddetli bir şekilde sarsmasına ve onu sert veya yumuşak bir alana atmasına neden olur. Sarsma saniye de 2 ile 4 kez, tahmini 5 ile 20 saniye arasında sürer.

Sarsılma sonucunda hareketsiz olan kafatasının içinde oluşan basınç ve gerilme değişkliklerinden dolayı hareketli beyin yapısı kafatasının iç yüzeyine çarpıp hasar almaktadır. Bunun sonucunda damar yaralanmaları, subdural hematom, retinal hemoraji ve ensefalopati gibi ciddi durumlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sarsılmaya bağlı olarak spinal kord travması, metafiz kırıkları, frontal kaburga kırıkları, kafa derisi yaralanmaları, epileptik nöbetlere, körlüğe, spastik kord paralizisi ve solunum problemleri gibi çoklu semptomlar ortaya çıkabilmektedir (68).

Vekâleten Hastalık (Munchausen by Proxy Sendromu/Polle Sendromu)

Munchausen Sendromu ilk kez 1951 yılında Asher tarafından hastalık hikâyeleri uyduran ve doktorların gerekli olmayan cerrahi işlemler yapmasına neden olan bir grup hastada tanımladı. Munchausen by Proxy Sendromu (MBPS) 1977 yılında ilk kez Meadow tarafından tanımlanmış özel bir çocuk istismarı türüdür (69).

Munchausen by Proxy Sendromu (MBPS), Ebeveynin çocuğunda herhangi bir belirti olmamasına rağmen bir hastalık veya fiziksel belirtiler üretmesi sonucunda meydana gelen her türlü durumdur. Fizyolojik olarak açıklanamayan semptomlar genellikle çocuk ebeveynlerinin yanındayken ortaya çıkmaktadır. Ailelerin ve çocuğun bakıcısının çocuğa bilerek zarar vermeyeceğini düşünmek MPS vakalarının tanısını zorlaştırmakta ve semptomları tedavi ederken çocuklara zarar vermeye neden olabilmektedir (28, 69).

Aileler birçok hastalık semptomu uydurabilir. Bunlar nöbet geçirme, apne, halsizlik, ishal, kusma, ateş, döküntü, her türlü kanama şeklinde olabilmektedir. Hastaneye geliş semptomları sıklıkla aile tarafından kolaylıkla üretebilecekleri nöbet ve apne şeklinde olmaktadır (70).

MSBP vakaları diğer istismar türlerine göre daha nadir görülmektedir. Yapılan çalışmalarda MSBP sıklığı 16 yaşından küçük çocuklarda 1 milyonda 4, 1 yaşından küçüklerde yüzbinde 2-2.8 olarak ortaya konmuştur. MSBP vakalarında ölüm oranı %6-10 olarak bildirilmiştir. İstismarcı sıklıkla annedir, %5-7'si de babadır (71).

Türkiye'deki bir araştırmada çocuk istismarı şüphesi ile 139 hasta incelenmiş ve 94 hasta çocuk istismarı olarak kabul edilmiş ve bunların da ikisine MSBP tanısı konmuştur (72). İstismarcıların büyük bir kısmında kronik somatoform bozukluklar veya kişilik bozuklukları olduğu bildirilmiştir.

MSBP, tekrar edilme ihtimali yüksek ciddi sorunlara neden olabilecek bir istismar türüdür. MSBP tanısı koymak zordur ve geçikmiş tanı çocuğun ölümüyle sonuçlanabilmektedir. Semptomların tekrar etmesi, klinik verilerin uyumsuz olması,

semptomların bakıcı yanındayken ortaya çıkması, ailenin diğer çocuklarında da benzer semptom hikayelerinin olması MSBP açısından klinisyeni uyarmalıdır (70).

2.5.2. Cinsel İstismar

Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan çok kapsamlı ve karmaşık bir problemdir. İstismara maruz kalan çocukların utanç, suçluluk hissetmelerinden dolayı cinsel istismar olayları sıklıkla gizli kalmaktadır ve bu durum verilere yansımamaktadır (47).

Cinsel istismar kavramı, cinsel olgunluğa erişmemiş bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel istek ve ihtiyaçlarını gidermek için tehdit, güç kullanma veya kandırma yolu ile yapılmasını tariflemektedir. Cinsel istismar sadece bir yetişkin ve çocuk arasında olan bir durum olmamakla birlikte, aradaki yaş farkının 4 ve üstü olan iki çocuktan küçüğün zorla ve ikna yolu ile cinsel doyum maksadıyla yapılan eylemlerde cinsel istismar kapsamındadır (73).

Cinsel istismar ile cinsel oyunlar birbirine karıştırılmamalıdır. Gelişim düzeyleri aynı olan çocukların birbirlerinin genital bölgesine bakması, ellemesi cinsel ilişki olmadığı sürece normal kabul edilir. Örneğin, 6 yaşında bir çocuğun 3 yaşındaki bir çocukla oral-genital ilişkide bulunması normal olmayan bir durumdur. Kanunen istismar olarak kabul edilmese de bu davranışın araştırılması önemlidir (28).

Yapılan çalışmaların çoğunda, cinsel istismar mağduru çocuk ve gençlerde çok sayıda bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere neden olduğu ortaya çıkmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dissosiyatif kişilik bozukluğu, cinsel istek bozukluğu, cinsellikten korkma ve cinsel aktivite ile ilişkili pelvik ağrı şeklinde kendini gösteren cinsel bozukluklar, yeme bozuklukları, intihar davranışında artış, gastrointestinal bozukluklar, hamilelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi ciddi ve bazen de kronik problemler olduğu, ayrıca benlik saygısında azalma, alkol vb. madde bağımlılığı, antisosyal davranışlar sergileme, suç işlemeye ve istismara yatkınlık

yaratabileceği, bu sorunların geçici olabileceği gibi kalıcı olabileceği de düşünülmektedir (74).

Geçmişten günümüze kadar çocukta cinsel istismar sorunu hala devam etmekte ve bu konu ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu bilinmektedir. Son dönemlerde ise bu konuya eğilim artmış ve hem dünya da hem de ülkemizde azınsanmayacak düzeyde olduğu ortaya konmuştur. Cinsel istismara maruz kalanların sadece %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. ABD'deki verilere göre; kız çocuklarının %10-34'ü, erkek çocukların ise %3-18'i 18 yaşı önce cinsel istismara maruz kalmıştır (75).

Ülkemizde cinsel istismar ile ilgili veriler yetersizdir. İstanbul'da lisede okuyan kızlarla yapılan bir çalışmada kızların %13.4'ü cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Bunların %11.3'ü cinsel bölgelerinin dokunulması ve % 4.9'u zorla cinsel ilişkiye girilmesi ve %3'ünün de her iki türe de maruz kaldığı ortaya konmuştur. Akyüz ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yetişkinlerin %2.5'inin çocukluk çağında cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (76).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2015 yılı verilerine göre; 15-24 yaş aralığındaki gençlerin %9.5'i cinsel istismara, %28.1'i ise cinsel ve fiziksel istismara maruz kalmıştır. Ankara Üniversitesi ve DSÖ tarafından 2016 yılında yapılan "Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması Raporu" sonuçlarına göre; kadınların %7.2'si, erkeklerin ise %8.7'si çocukluk döneminde cinsel tacize mağduru olduğu ancak cinsel istismar ve ensest olgularında net veri elde edilememiştir (66).

Kızlar erkeklere göre 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalma riski taşımaktadır. ABD Adalet İstatistikleri Bürosunun Çocuklara Yönelik Rapor Edilmiş Cinsel Saldırı 2000 yılı verilerine göre; cinsel istismar mağduru kişilerin % 93'ü istismarcıyı tanıdığını, istismarcıların %34.2'si aile bireyleri olduğu, %8.7'sinin tanıdık kişiler olduğu ve %7'sini tanımadığı kişiler olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (77).

Cinsel İstismar Türleri

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilmektedir.

1- **Temas içermeyen istismar:** Cinsel içerikli konuşma, takip etme, teşhircilik ve röntgenciliktir.
2- **Cinsel ilişki içermeyen istismar:** İstismarcının ve çocuğun giyinik veya çıplak olması halinde cinsel organlara dokunma, okşama ve/veya mastürbasyonu kapsar.
3- **Oral-genital seks:** İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla cinsel ilişki gerçekleşmesidir.
4- **İntrafemoral ilişki:** Penetrasyonun olmadığı, saldırganın penisini mağdurun bacaklarının arasına yerleştirmesidir. Sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.
5- **Cinsel penetrasyon (Irza geçme):** Genital ilişki, anal ilişki, oral ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon şeklinde olabilir.
6- **Cinsel sömürü:** Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar.

İstismarcı cinsel istismara madde kullanımına zorlama, aşağılama, fiziksel şiddet, defekasyon, ürinasyon şeklinde başka istismarları ekleyebilmektdedir (57).

Cinsel İstismarda Risk Faktörleri

Çocuk cinsel istismarı, sıklıkla bütünlüğü bozulmuş aile yapılarında görülmektedir. Ebeveynler ile çocuk arasındaki bozulmuş ilişki veya çatışma halinde olunması, ailedeki çocuk sayısının fazla olması, ailenin sosyo-ekonomik durumunun kötü olması, babanın alkol kullanımı, ruhsal bozukluklarının olması, öz olmayan ebeveynin olması, annenin eğitim seviyesinin düşük olması, annenin aşırı koruyucu olması, göç durumları, evde güvenliğinin zayıf olması, kız cinsiyet olması, çocuğun bedensel, zihinsel engelinin olması, itaatkâr olması, ilgi görme ihtiyacının olması, annenin istismar öyküsünün olması, ebeveynlerin duygusal ve davranışsal durumları gibi faktörler cinsel istismar riskini artırmaktadır.

Çocuk cinsel istismarındaki bir diğer risk etmeni de istismar edilen çocuğun durumu bildirmede yaşadığı sorunlardır. Çocuğun dil ve bilişsel gelişim seviyesinden kaynaklı olarak, cinsel istismarı algılaması ve kendini ifade etmesi olayın ortaya

çıkmasında gecikmelere sebep olabilmektedir. Ayrıca çocuğun utanması, tehdit edilmesi, failin tanıdık olması, kendisine inanılmayacağını düşünmesi, kendisinin ve ailesinin başına kötü şeyler gelebileceği korkusuyla istismarı gizleyebilmektedir.

İstismarcının özelliklerine bakılacak olursa; istismarcı sıklıkla erkektir. %5-15'i kadındır. Kadınların istismarı sıklıkla erkek cinsiyete yöneliktir. Erkek çocuklara yapılan cinsel istismarın %20'sinden kadınlar sorumludur. Kadın failler genelde bekârdır ve sıklıkla erkek bir faille iş birliği içerisindedir (46, 78).

İstismarcı genelde içine kapanık, sosyal ve aile ilişkileri zayıf, aile ile duygusal ilişkileri zayıf, psikopatik kişilik, psikolojik, seksüel ve sosyal açıdan gelişmemiş, kendi çocuklarını ve başka çocukları da istismar eden, çocukluğunda cinsel istismara uğramış, destek sistemlerinden yoksun zekâ seviyesi düşük, empatiden yoksun bir kişilik yapısına sahip olması istismarı gerçekleştirmesi için risk faktörlerini oluşturur. Psikodinamik teoriye göre, istismarı duygusal gelişiminin tamamlamadığı için patolojik olarak çocuğu cinsel açıdan ilgi çekici bulur (79).

Çocuk cinsel istismarı her yaşta görülebilmektedir. İlk istismar mağduriyeti 8-12 yaş arasında pik yapmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalardan birinde çocuk psikiyatrisine başvuran istismar mağdurlarının yaş ortalaması 10.9-12.1 olarak saptanmıştır. Yine başka bir çalışmada Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi'ne 2001-2006 yılları arasında başvuran vakaların %20'sinin 12-18 yaş arasında olduğu ve kız çocukların erkek çocuklarından 2 kat fazla cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir. Aynı merkezli bir çalışmada cinsel istismar olgularının istismarcısının tamamının erkek olduğu, akran istismarı %33.3, erkek akraba istismarı %7.4, öz baba istismarı %14.8 ve yabancı istismarı %25.9 olarak bildirilmiştir (47) .

Pedofili

Pedofilleri diğer çocuk cinsel istismarcılarından ayıran en önemli özellikleri çocuklara karşı hissettikleri cinsel dürtülerin ve bu dürtüler doğrultusunda çocuklara yaptıklarının yanlış olduğunu düşünmemeleri ve klinik bir tanı olmasıdır. Pedofili bir kişide en az 6 aylık bir süre boyunca, ergenliğe girmemiş çocuk veya çocuklarla cinsel

bir etkinlikte bulunmak için aşırı, cinsel anlamda uyarıcı fantezilerin, cinsel dürtülerin veya davranışların tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkmasıdır. Genelde bu davranışlar gizli yapılmakta ve herhangi bir tedavi alınmamaktadır. Bu nedenle pedofili yaygınlığını belirlemek pek mümkün olmamaktadır. Pedofili bireylerin çoğunluğu erkeklerdir ve diğer türde cinsel istismar yapan saldırganlara göre yaş ortalamaları daha yüksektir. Eylemlerin yapıldığı yaş ortalaması genelde 40-70 yaş arasındadır.

Çocuğun cinsel istismarı sözel istismar, kendilerini çıplak gösterme, çocukları soyma ve izleme, cinsel ilişkiye veya mastürbasyona tanık etme, sürtünme, vücuduna cinsel amaçla dokunma, okşama, müstehcen yayınlara konu etme, oral seks, ağza, vajinaya ve/veya anüse penetrasyon gibi değişik şekillerde olabilmektedir.

Pedofili olguları eylemlerinde genellikle zor kullanmak yerine önce masum dokunma sonra uygunsuz dokunma, açık resimler gösterme, porno izletme gibi birçok fiziki maniplasyon ve desensitizasyon uygulayarak yavaş yavaş alıştırma yolunu tercih etmektedirler.

Uzun süreli psikoterapi, farmakolojik tedavi sonrasında pedofilik bireylerde cinsel istekte azalma olmasına rağmen çocuğa karşı cinsel yönelimde bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle günümüzde pedofilik bireylerin tedavisinde çocuklara karşı cinsel yönelimlerini değiştirmek yerine tekrardan eyleme geçmelerini azaltmak hedeflenmiştir. Kimyasal kastrasyon adı verilen erkeklerde testosteron seviyesinin düşürerek libido azaltılması ve böylece cinsel eylem sıklığının azaltılması son yıllarda önem kazanmış bir tedavi yöntemdir. Tedavide en büyük yararı, sıkı adli ve klinik izlem ve raporlama, kimyasal ve cerrahi kastrasyon, psikoterapi ve psikofarmakolojik ilaçların kombine olarak kullanımı sağlamaktadır (80, 81).

Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)

“Ensest” sözcüğü Latincede lekelemek, kirletmek anlamına gelen ”Incestare” ve kirli anlamına gelen “Incestus” kelimelerinden türetilmiştir. 1980 yılında Amerikan Sağlık Eğitim ve Koruma Bölümü’nün tanımına göre; ensest aile içi yaşamda ana-baba

rolüne, gücüne ve otoritesine sahip olan bireylerin çocuğu cinsel olarak taciz etmesi şeklinde tanımlanmıştır.

Ensest tanımı hukuk, psikososyoloji, genetik gibi alanlarda da farklılık göstermektedir. Mc Carthy (1990) biyolojik olarak akraba (kardeşler arası, dede-torun arası, baba-çocuk arası vs.) olanlar arasındaki bütün cinsel aktiviteleri ensest olarak tanımlamaktadır. Teeney ve Corwin (1983) ise; ensest olarak değerlendirilmesi için kan bağının olmasının gerekmediğini, üvey ebeveyn-evlat edinen ya da çocuğun bakımından sorumlu kişilerce gerçekleştirilen cinsel içerikli (dokunma, teşhir) bütün davranışların bu tanım içinde kabul edilmesi gerektiğini savunmaktadır (82). Günümüzde ensest; ahlaki, hukuki, dini açıdan evlenmeleri yasak olan yakın akraba konumundaki kişiler arasında yaşanan sözlü-sözsüz, fiziksel, görsel her türlü cinsel davranıştır (83).

Ensest binlerce yıllık bir tabu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hammurabi Yazıtları'nda babasından hamile kalan bir kız çocuğundan bahsedilmektedir. Odipus'un istemeyerek babasını öldürdüğü, annesiyle evlendiği ve gerçeği öğrendiğinde ise gözlerini kör ederek kendini cezalandırdığından bahsedilir. Peru, Mısır ve Japonya'da kraliyet aileleri saflıklarını koruma amacıyla enseste izin verdikleri bilinmektedir. Moses kanunlarında ise ensesti günah olarak kabul etmektedirler (47, 84). Tüm dünyada kadınların %20'si, erkeklerin %5-10'unu çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmakta, saptanan olguların %20-25'ini ise ensest vakaları oluşturmaktadır (85).

Çocuklar, cinsel istismara özellikle tanıdığı kişiler (baba, anne, ağabey, dede, amca, dayı vs) tarafından maruz kalmaktadır. Aile içerisinde istismar faili sıklıkla babadır ve en sık baba-kız arasında görülmektedir. Yurtdışı çalışmalarında üvey babanın öz babaya göre beş kat daha fazla cinsel istismarda bulunduğu, Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, ensest olguları incelendiğinde istismarcıların %57'si öz baba iken %7 üvey baba olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir başka yurtdışı çalışmasında ise, %39'u biyolojik, %23'ü üvey baba tarafından istismarın gerçekleştirildiği saptanmıştır (86).

Sezgin tarafından Türkiye'de yapılmış klinik çalışmanın verilerine göre ensest faillerinin %57'sini öz baba, %4'ünü öz ağabey, %13'ünü yakın akraba, %26'sını ise ikinci dereceden akraba oluşturmaktadır. Yasal başvurusunu yapmış, mahkemesi sonuçlanmış veya devam eden vakalarda ise faillerin %39'unu öz baba, %15'ini öz ağabey, %17'sini yakın akraba, %28'ini ise uzak akrabalardan oluşmaktadır (87).

Gencer ve ark.'nın yaptığı bir çalışmaya göre, ensest grubunda istismar başlangıç yaşının 10.2, aile dışı cinsel istismar grubunda ise 13.3 olduğu ifade edilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada aile içi cinsel istismar (AİCİ) ve aile dışı cinsel istismar (ADCİ) vakalarının adli kayıtları retrospektif olarak incelenmiş ve iki çalışmanın birinde 1037 cinsel istismar vakasında ensest mağdurlarının yaş ortalaması 6.98, ADCİ mağdurlarının ise 9.88 olarak tespit edilmiştir. Diğer çalışmada ise 424 ensest mağdurunun yaş ortalaması 9.43, 630 ADCİ mağdurunun ise 11.7 olarak tespit edilmiştir (88, 89).

Cinsel istismarın aile içinde yaşanması ve toplum olarak kabul edilmez bir tabu olması nedeniyle nadiren açığa çıkmaktadır. Ayrıca istismara uğrayan çocukların küçük yaşta olması ve tanıdığı, güvendiği biri tarafından istismara uğraması, büyüklerin tepkilerinden korkması, kendilerine inanılmayacağı ve güvenilmez oldukları düşüncesi, ailenin dağılma korkusu, kendilerine uygulanacak fiziksel şiddet korkusu, bilgisiz olmaları, annelerin istismarı ortaya çıkarma beklentisi gibi faktörler nedeniyle de ensest uzun yıllarca gizli kalmakta ve açığa çıkmamaktadır. İstismara uğrayan kişinin yaşı ne kadar küçükse, taciz süresi ne kadar fazlaysa, incinmenin şiddeti de o kadar fazla olmaktadır (86, 88, 90).

İstismarcıların büyük kısmı "normal" olarak tanımlanan kişilerdir. Erişkin istismarcılar farklı ekonomik, psikolojik ve sosyo-demografik özelliklere sahiptir. Bunların bazıları başarılı bir iş hayatına sahip, önceden suç kaydı olmayan kişiler olabilmektedir. Ensest failleri diğer cinsel istismar faillerine göre daha içine kapanık, daha az ebeveyn bakımı almış, daha fazla tekrarlaycı düşünceleri olan, empati yoksunu, bağımlı kişiliği olan insanlar olarak saptanmıştır. Diğer istismar türlerinden farklı olarak sosyoekonomik düzeyle ensest görülme oranı arasında bir ilişki bulunamış olup, her türlü sosyo-ekonomik seviyeye sahip insanlarda

görülebilmektedir. Bir çalışmada Türkiye'deki adli olay dosyaları incelenmiştir. Bu çalışmaya göre, istismarcıların %94'ü okul okumamış veya ilkokuldan mezun ve %50'si işsiz olarak tespit edilmiştir. Bunun sebebi ise, sosyoekonomik olarak yüksek düzeydeki ailelerin ensesti gizlemelerinin daha kolay olması ve açığa çıkmaması olarak düşünülmektedir. Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada köy ve kasabalarda yaşayanların şehirde yaşayanlara oranla daha sıklıkla ensest olayları penetrasyonla sonuçlanmakta ve adli kurumlara yaklaşık 10 gün sonra başvurulduğu gözlenmektedir (91, 92).

Ensest İçin Risk Faktörleri

- Babanın alkolik veya madde bağımlısı olması,
- Babanın normalden fazla şüpheci veya tutucu olması,
- Babanın otoriter olması,
- Üvey anne-babanın olması,
- Annenin olmaması veya annenin ailede koruyucu güç olamaması,
- Kız çocuklarının babalarından ayrı yaşamaları nedeniyle duygusal bağlarının zayıf olması,
- 6-8 yaşlarında kız çocuğu olmak,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı veya aynı yatağı paylaşması,
- Kız çocuğunun ev işlerini yapması ve anne rolünde olması,
- Anne babanın sorunlu veya biten bir cinsel hayatlarının olması,
- Ebeveynlerin psikiyatrik rahatsızlıklarının veya sınırda zeka düzeyinin olması,
- Kız çocuğunda bir anda ortaya çıkan ayartıcı davranışların olması,
- Ebeveynlerden birinin veya her ikisinin ailesinde ensest ilişki öyküsünün olması ensest için risk faktörleri olarak sayılabilmektedir (93, 94).

Ensestin Çocuk Üzerindeki Etkileri

İstismarın çocuk üzerinde oluşturduğu etkiler bireysel farklılıklara, çocuğun yaşına, gelişim evresine, istismarın şekli ve şiddetine, istismarcıyla yakınlığına, ailelerin tepkisine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Duygu durumlarında kısa dönemde kaygı bozuklukları yaşanırken, uzun dönemde uyuşturucu madde bağımlılığı, duygusuzluk, mutsuzluk ve depreyon, çok eşlilik, intihara meyilli olma, kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, bir işe yaramama duygusu kendine zarar verici (aletlerle kendini yaralama veya bedeninde sigara söndürme gibi) davranışlar, okula gitmek istememe gibi davranış bozuklukları ile sonuçlanabilir. Çok dağınık veya aşırı titizlik gösterebilirler.

İstismara uğramış çocukta öfke nöbetleri, korku, agresifleşme, düşmanlık gibi birçok anksiyete davranışları da görülebilmekedir. Bu çocukların gelecekten umudu azalmış ve özgüvenleri de zedelenmiştir. Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda parmak emme, tırnak yeme, enüresis, enkopresis gibi davranış bozuklukları, uyku düzensizlikleri, kız çocukları erkek çocukların yanında kendini güvende hissetmeme ve kaygı yaşadıkları görülebilmektedir.

Cinsel istismar, çocukların toplumla etkileşimini ve insani ilişkilerinin devam ettirme yetisini de olumsuz olarak etkilemektedir. Bu çocukların bazen ilişki kurmaktan kaçındıkları bazen de aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, yüksek beklenti içerisinde ve kontrolcü olabilen alışılmadık davranışlar gösterebilmektedirler. Her iki tip ilişki de işlevsel olmayıp çoğu zaman birey yalnızlığa mahkûm olmaktadır (95, 96).

Çocuk için yapılacaklar şu şekildedir: Çocuk yargılanmamalı, suçlanmamalı, aşağılanmamalı, toplum ve arkadaşları çevresinde kabul görmesi sağlanmalı, çocuğun öyküsüne şok olmuş, ürkmüş gibi davranışlar gösterilmemeli, başka istismarlara maruz kalmaları önlenmeli, çocuğa ensest mağduru olarak bakılmamalı ve o şekilde davranılmamalı, çocuğun öz güveninin güçlendirilmesine yardım edilmelidir (97).

Cinsel İstismara Uğrayan Çocuklarda Görülen Klinik Özellikler

Cinsel istismara uğramış çocuklarda istismarın dışa vurma şekilleri farklılık gösterir. Kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, kâbus, amnezi, yüksek korku düzeyleri, aşırı fantezi kurma, depresyon, öfke, intihar, konversiyon, özgüvende azalma, riskli cinsel eylemler olarak ortaya çıkabilmektedir. İstismara maruz kalan çocukların çok büyük bir kısmında ruhsal sorunlar gözlenir. Gelişebilecek bu ruhsal sorunların ağırlığı; cinsel istismarın şekline, istismarcının şiddet kullanıp kullanmamasına, istismarcının eylem sırasında çocuğa verdiği mesajlara, istismarın sıklığına ve süresine bağlı olarak değişmektedir (75). Cinsel istismara uğrayan çocukların klinik özellikleri yaşa bağlı değişiklikler de gösterir**.**

Küçük yaş grubunun (10 yaş altı) verdiği tepkiler

- Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması,
- Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması,
- Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması,
- Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı mastürbasyon,
- Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif belirtiler,
- Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü,
- Fobik kaçınmalar (örn. İstismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku),
- Özellikle erkek çocuklarda daha sık olarak yangın çıkarma davranışı,
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma,
- Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar,
- Ani davranış değişiklikleri.

Daha büyük yaş grubunun (10 yaş üstü) verdiği tepkiler

- Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar azdır.
- Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır.

- Yeme bozuklukları,
- Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar girişimleri,
- Depresyon, sosyal geri çekilme,
- Suça yönelme,
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma,
- Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar,
- Ani davranış değişiklikleri (78).

Cinsel istismarına maruz kalan çocukta birden fazla farklı duygu durum bozuklukları görülebilir. Genel olarak görülenler;

- Zedelenmiş duygusal değişiklik: Erken yaş döneminde uygunsuz cinsel tecrübe edinmek mecburiyetinde kalmış çocuk normal cinsel gelişiminde aksaklıklar yaşamaktadır.
- Aldatılma-ihanet duygusu: Sıklıkla güven duyduğu bir kişi tarafından cinsel istismara maruz kalan çocuk yaşamın geri kalanında da ilişkilerinde güvensizlik ve bağlanma sorunları yaşar.
- Acizlik-çaresizlik duygusu: Zorla ve güç kullanılarak cinsel istismar mağduru olan çocuk hem çocukken hem de erişkinlik döneminde öfke, korku, intikam duguları hisseder. Ayrıca fiziksel şikâyetler, öğrenmede güçlük, sosyal ilişkilerde zorlanma, suç işlemeye eğilim ve kendi kendine zarar verme şeklinde davranışlar gösterebilir.
- Damgalanma: Pişman olma, utanç, kirlenmişlik ve suçluluk hissedilen negatif bir dönemdir. Bu durum sıklıkla istismara uğrayan çocuğun istismarcı tarafından aşağılanması, aile ve toplumun tepki göstermesi ile açığa çıkar. Çocuk istismarın ağırlığını kendi başına yaşar ve çevresindekilere zarar verdiği düşüncesiyle istismarı hak ettiğini düşünür (98).

Cinsel İstismar Olgularını Değerlendirme ve Öykü Alma

Çocuğa yönelik cinsel istismarın etkileri, çocuğun fiziksel ve ruhsal yönden değerlendirilmesiyle belirlenebilmektedir. Tıbbi değerlendirme; çocuk ve aile görüşmeleri ile öykünün alınması, tam bir fiziksel ve ruhsal muayene yapılması, adli

delillerin toplanması ve gerektiğinde fotoğraf ile tespit edilmesi, yaralanmaların tedavisi ile enfeksiyonlar ve gebelik olasılığına karşı profilaksi uygulanması adımlarını kapsamaktadır (61).

İstismar vakalarını değerlendirirken yeterli zaman ayrılmalı ve geniş bir öykü alınmalıdır. Çocuk, ailesi ve bulunduğu tüm sosyal çevre, eğitimi ve ilişkileri gözden geçirilmelidir. Öyküde istismarın özelliği, başlama biçimi, tekrarı, süresi, istismarcıya yakınlığı, zor kullanıp kullanmadığı bilgileri detaylıca araştırılmalıdır. Çocuğun rahat etmesi sağlanmalı ve konuşmak için zorlanmamalıdır. Çocuğun güveni sağlanana kadar zaman verilmelidir. Okul öncesi çocukları kendilerini yeterince ifade edemeyebilmekte, korkup çekinebilmektedirler. Bu nedenle oyun yardımı ile anlatması teşvik edilmelidir (47).

Cinsel İstismarda Fizik Muayene

Cinsel istismarda fizik muyenede öncelikle acil bir durumun ve tedavi edilebilir (cinsel yolla bulaşan hastalık, gebelik vs.) bir durumun olup olmadığı, tespit edilmelidir. Çocuk ve aile sakinleştrilmelidir. Fiziksel istismar açısından da ayrıntılı bir inceleme yapılmalıdır. Muayene esnasında sosyal hizmet uzmanının veya hemşirenin eşlik etmesi sağlanmalıdır. Çocuk rahatsız olmuyorsa anne veya bakıcı oda da bulunabilir. Ancak istismarcı olarak ebeveynlerden şüpheleniliyorsa çocukla arasındaki ilişki gözlemlenmeli ve çocuğun duygusal hali değerlendirilmelidir.

Fizik muayene detaylı bir genel muayene ile başlar, genel durum, hijyen ve duygusal durum değerlendirilmelidir. İyi aydınlatılmış bir ortamda genital muayene en sona bırakılacak şekilde ağız, göğüsler, cinsel organlar, iç uyluklar, perineal bölge, kalçalar ve anüsü de içeren tam bir fizik muayene yapılmalıdır.

Genital yapıların en iyi gözlendiği supin ve diz-dirsek pozisyonu muayenede daha çok tercih edilmektedir. 7 yaşından küçük çocuklar daha rahat olabilecekleri için ebeveyn kucağında muayene edilebilmektedir. Ağız boşluğunun incelenmesi, sert veya yumuşak damakta sıyrık, peteşi, ekimoz ve/veya frenulumda yırtıklar olması oral penetrasyon bulguları açısından özellikle değerlendirilmelidir.

Genital muayenede kız çocuklarda uyluk iç yüzleri, labialar, klitoris, üretra, himen, vestibül, posterior forşet, fossa navikülaris ve anüs; erkek çocuklarda uyluklar, penis ve skrotum ekimoz, ısırık izi, skar, akıntı açısından değerlendirilmelidir. Ergenlik öncesi dönemdeki kız çocuklarında spekulum veya dijital muayene yapılmamalıdır. Genital ve anal muayenede eski ve yeni yırtıklar tanımlanmalıdır. Eğer lezyon yoksa genital yapının iz bırakmaksızın cinsel temasa izin verip vermeyeceği değerlendirilmelidir. İstismarın üzerinden 48-72 saatten az zaman geçen olgularda servikal sürüntüde sperm araştırılmalıdır. Ergen olgularda gebelik testi mutlaka yapılmalıdır (28, 47, 61). Cinsel istismara uğrayan çocuklarda ortak olarak gözlenen ve hekimin cinsel istismardan şüphelenmesini sağlayacak olan bazı fiziksel ve davranışsal bulgular vardır.

Fiziksel Bulgular:

- Ağız, kol, ense, bacaklar ve genital bölgede morluklar, sıyrıklar, ısırık izleri,
- Vajen veya rektumda yabancı cisim,
- Vajende, perinede ve anüste yırtılma, kanamalar,
- Vajinal ve genital bölgede şişlik, kaşıntı,
- Yürümede ve oturmada zorlanma,
- İdrar veya gaita yaparken zorlanma,
- Kabızlık veya ishal,
- Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, vulvovajinit,
- Hymen, vajina ve anüs çevresinde skar varlığı,
- Genital ve anal bölgede kondilom varlığı,
- Prepubertal dönemde olan çocukta hymen ve/veya anüs dilatasyonu,
- Ağız, vajen veya anal bölgede semen tespit edilmesi,
- Prepubertal dönemde perioral gonore ya da sifiliz saptanması,
- Erken pubertal dönemde gebelik saptanması (78).

Davranışsal Bulgular:

- Erken çocukluk dönemine geri dönme(parmak emme, altını ıslatma, anneye yapışma gibi),
- Kâbus görme, uykuya geçişte zorlanma, karanlıktan korkma gibi uyku bozuklukları,
- Okuldan kaçma, öğrenme güçlüğü,
- Yeme alışkanlıklarında değişme,
- Hiperaktivite,
- Gelişim evresine uygun olmayan cinsel davranışlar (rastgele cinsel ilişki, masturbasyon, diğer çocukları cinsel davranışa zorlama vb.)
- İntihar düşüncesi ve girişimleri,
- Oyuncakları ile şiddet göstererk oynama, hayvanlara ve kendine zarar verici davranışlarda bulunma,
- Tekrarlayan ve rahatsız edici düşünceler,
- Yalan söyleme,
- Alışılmış alışkanlıkların dışına çıkma (sık sık banyo yapma veya yapmak istememe),
- Fiziksel şikâyetlerde bulunma (baş ağrısı, karın ağrısı gibi),
- Alkol, madde kullanımı,
- Sosyal ilişki kuramama gibi davranışsal belirtiler görülebilmektedir (97).

Tedavi

Tedavinin temelini travmatik anılarla ilişkili duygusal süreç üzerinde çalışılması oluşturmaktadır. Çocuklarda oyun terapisi ile bu süreç gerçekleştirilebilir. Çocuğun yüksek düzeyde savunma sisteminin geliştirilmesi, ego kapasitesinin arttırılması, sosyal aktivitelere, becerilerine uygun bireysel faaliyetlere yönlendirilmesi hedeflenmektedir. Travmatik deneyim ile oyun aktivitesi arasındaki bilinç dışı ilişkiyi kurup anlamak temel tedavi amacını oluşturmaktadır.

İstismara uğramış çocuklar bireysel olarak veya grup terapisine alınarak tedavi edilebilirler. Çocuğun terapisinin yanında ebeveynlerinin duygusal sorunlarına destek

olmak ve çocuğun terapisi konusunda aileyi bilgilendirmek, ailenin çocuğa destek vermesi açısından önemlidir. İstismarın tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde hastane temelli multidisipliner ekip çalışması giderek önemli hale gelmekte ve istismar olguları daha sistematik bir şekilde incelenmeye başlanmaktadır. Ülkemizde birçok üniversite ve devlet hastanesinde çocuk istismarı ile ilgilenen ekipler oluşturulmaktadır. Bu ekipler içinde çocuk psikiyatristleri, pediatristler, sosyal hizmet uzmanları, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, acil sorumluları ve psikiyatristlerin bulunması sağlanmalıdır (47).

Cinsel İstismarın Engellenmesi

Çocuğun cinsel istismardan korunabilmesi için eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler şu şekildedir:

- Çocuklara bedenlerinin kendine ait olduğunu ve kontrolün onlarda olduğu öğretilmelidir. Dokunulmasını ya da sarınılmasını istemiyorlarsa bunu rahatça söyleyebilecekleri öğretilmelidir.
- Çocuğa iyi ve kötü dokunma arasında fark öğretilmeli ve herhangi bir kötü dokunuşta herkese hayır diyebileceği öğretilmelidir (Birisine saygı duymak onun her istediğini yapmak değildir).
- Çocuğa güvenli ve koruyucu bir aile ortamı sağlanmalıdır.
- Güvenilen yetişkinler çocuğun kendini garip veya rahatsız edildiği durumlardan sonra bilgilendirilmelidir.
- Olası tacizcilerin tanıdık kişiler olma ihtimali yabancı olma ihtimalinden daha yüksektir. Bu nedenle çocuk eğer, bir yakını, dostu, akrabayı ısrarla görmek istemiyorsa bu isteğe kulak verilmelidir.
- Cinsel istismarla başa çıkmanın temel yollarından bir tanesi ‘hayır’ demek veya kaçmaktır. Bu çocuklara öğretilmelidir.
- Çocuğa cinsel içerikli bilgi vermekten kaçınılmamalı ve bu durumdan utanılmamalıdır.
- Çocukları öpücük vermek veya kucağa oturmaya yönlendirmek yerine duygularını kendi yöntemleriyle ifade etmelerine imkân sağlanmalıdır.

- Çocukla iyi iletişim kurulmalı ve her türlü konunun konuşulabileceği güven ortamı sağlanmalıdır.
- İzinsiz kimsenin arabasına binmemesi, evine gitmemesi, yabancı kişilerden bir şey almaması gerektiği öğretilmelidir.
- Öğretmenlere cinsel eğitimden söz edilmeli ve çocuklara hiç kimsenin bedenlerinin özel yerlerine dokunmaması gerektiği öğretilmeli (99).

2.5.3. Duygusal ve Psikolojik İstismar

Günümüzde duygusal istismar önemli psikososyal sorunlardan birini oluşturmaktadır. Duygusal istismar, çocuğun bakımından sorumlu ebeveyn veya bakıcıların sürekli olarak ve çocuğa karşı psikolojik açıdan yıkıcı sonuçları olan davranışlarda bulunmasıdır. Ülkemizde tahminen her iki çocuktan biri duygusal istismarla karşı karşıya kalmaktadır.

Duygusal istismar; çocuğun gelişimsel sürecinin gecikmesine neden olan, duygusal ve davranışsal problemleri tetikleyen, çocuğun iyilik halini yok eden davranışları içermektedir (100). Çocuğun niteliğinin, kapasitesinin ve isteklerinin devamlı bir şekilde kötülenmesi, sosyal etkileşimden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun toplumla bağdaşmayan çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi duygusal istismardır (101).

İstismara uğrayan çocuklarda, duygusal istismar ilk olarak 1974 yılında ABD'deki kanunlarda "mental hasar" terimi şeklinde kullanılmaya başlanmıştır. Duygusal istismar ayrıca literatürde psikolojik, psişik ve sözlü istismar gibi tanımlamalarla ifade edilmektedir. Duygusal istismara uğrayan çocuklarda, fiziksel ve cinsel istismarda görülen fiziksel belirtiler olmadığı veya hafif olduğu halde yıkıcılığı diğer istismar türleri kadar zedeleyicidir (102).

Duygusal istismar, oldukça sık görülmesine rağmen, fark edilmesinde, tanımlanmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında en çok zorlanılan istismar türüdür

(103). Duygusal istismarın sıklıkla aile içinde olması, nadiren bildirilmesi ve tanılanmasının zor olması gibi nedenlerle atlanan bir durum olmaktadır. Bu nedenle çocukla ilişkili tüm birimlerinde dahil olabileceği bir kategorik sınıflandırma yapılmıştır. Çocuk İstismarı Amerikan Profesyonel Topluluğunun çocuk ve adölesanın duygusal-psikolojik kötü muamelesi hakkında hazırladığı rehberde, altı tipte duygusal-psikolojik kötü muamele tanımlanmıştır:

1) Yok sayma, çocuğu düşmanca tavırla reddetme ve çocuğu değersizleştirme,
2) Dehşete düşürme; çocuğu bir şey istediğinde terketme, zarar verme veya ölümle tehdit etme,
3) İzole etme; çocuğu tüm günlük aktivitelerinden ve diğer çocuklardan uzaklaştırma,
4) Sömürme/yozlaştırma; çocuğu uygunsuz davranışlar ve suç işlemesi için teşvik etme,
5) Duygusal yanıt vermeyi reddetme; çocuğun duygusal ihtiyaçlarına karşı duyarsız kalma,
6) Çocuğun her türde sağlık, tedavi, eğitim ihtiyaçlarını ihmal etme (102).

2.5.4. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar; çocuğun fiziken ve ruhen sağlığının bozulmasına neden olan, çevresiyle etkileşime girebilme becerisini ve sosyalleşme yeteneğini sınırlandıran, sağlıksız ve korumasız iş ortamlarında, çok düşük paralara çalıştırılmasıdır (104).

ILO'nun 2012-2016 yıllarını kapsayan "Çocuk işçiliğinin küresel tahminleri: Sonuçlar ve Eğilimler" Raporuna göre dünya genelinde 64 milyonu kız çocuk, 88 milyonu erkek çocuk olmak üzere toplam da 152 milyon çocuğun çocuk işçiliğinde çalıştığı tahmin edilmektedir. Bu rakam tüm dünyadaki çocukların %10'unu oluşturmaktadır. Çocuk işçiliğinde çalışan çocukların yaklaşık yarısı yani 73 milyon çocuk, dünya çocuk nüfusunun %4.6'sı, yani 73 milyon çocuk sağlık, güvenlik ve ahlaki gelişimlerini doğrudan tehlikeye atan işlerde çalışmaktadır. Çocuk işçilerin bölgelere göre dağılımında ise, Afrika, Asya ve Pasifik bölgelerindeki toplam çocuk

işçi sayısının çok önde olduğu görülmektedir. Daha çok tarım sektöründe çalıştıklarını ve %48'ini 5-11 yaş arası çocukların oluşturduğu görülmektedir (105).

Türkiye'de ise, TÜİK (2019) Çocuk İşgücü Araştırmasına göre; 5-17 yaş arasında 720 bin çocuk ekonomik faaliyette çalışmaktadır. Bu çocukların %79.4'ünü 15-17 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Toplam da çalışan çocukların %45.5'i hizmet sektöründe olup, 5-14 yaş arasındaki çocukların ise %64.1'i tarım sektöründe çalışmaktadır (106).

Ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan birçok araştırma göstermiştir ki, büyük bir problem olan çocuk işçiliğinin en temel nedeni yoksulluktur. Yoksulluk dışında, eğitimle ilgili nedenler, göçler, geleneksel bakış açısı ve ailenin rolünün yanı sıra mevzuatın eksiklikleri ve etkin uygulanamaması da diğer nedenleri oluşturmaktadır (107).

2.5.5. İhmal

Çocuğun bakımından sorumlu kişilerin bu sorumluluğu yerine getirmemesi, beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeyip, çocuğun fiziksel ya da duygusal açıdan ihmal edilmesi olarak tanımlanmaktadır (67).

Fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha göreceli olması nedeniyle ihmali tanımak oldukça zordur. İhmal ve istismarı birbirinden farkı ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. Özellikle büyüme ve gelişme düzeyi yaşı ile uyumlu olmayan, psiko-sosyal uyumda zorluk yaşayan, eğitim ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda ihmali göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Ayrıca sayacağımız diğer durumlarda da ihmalden şüphelenmek gerekmektedir (108).

- Çocuk kirli, bakımsız ve hava koşullarına uymayan giysiler içindeyse,
- Çocukta büyüme geriliği var ancak organik bir nedene bağlanamıyorsa,
- Ailesi çocuk hakkındaki soruların yanıtlarını bilmiyorsa,
- Zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma varsa,

- Çevresinde sigara, alkol, bağımlılık yapan maddeler kullanan var ve çocuk bunlara maruz bırakılıyorsa,
- Çocuk içe dönük, saldırgan tavır içindeyse, okuldan kaçıyorsa, iletişim kurma güçlüğü içindeyse, yineleyen hareketler yapıyorsa,
- Zihinsel gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü varsa,
- Zorunlu eğitim çağında olduğu halde okula gitmiyorsa,
- Sağlık kurumuna başvurmada gecikme varsa veya hiç başvurulmamışsa,
- Tedavi, bakım, koruma konusundaki önerilere uymuyorsa,
- Terk edilmiş ve evden kovulmuş ise.

Çocuk ihmali; fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel ihmal, eğitim ihmali şeklinde alt gruplar olarak incelenmektedir.

Fiziksel İhmal: Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasındaki yetersizlikler olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giysilerin giydirilmemesi, yeterli bir fiziki çevrede yaşamaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır.

Fiziksel ihmalin içinde sayılan sağlık ihmalinde ise, hasta çocuğun hekime götürülmemesi veya geciktirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, verilen tedavi önerilerine uyulmaması gibi örnekler verilebilmektedir. Ayrıca annenin gebe iken alkol, ilaç, sigara gibi zararlı olan maddeleri kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesinde tıbbi bakım almaması bebeğin hem anne karnındaki hem de sonrasındaki gelişimini olumsuz yönde etkileyecek olan özel bir fiziksel ihmal türü olarak sayılmaktadır (67).

Duygusal İhmal: Çocuğun sevgi, duygusal destek, dikkat ve yetkinlik gibi ihtiyaçlarına dikkat edilmemesidir. Çocuğun yaşına ve gelişimine uygun olmayan beklentilerin sürekli olarak uygulanması, çocuğun bulunduğu ortam da aile içi şiddetin olması, alkol ya da uyuşturucu madde kullanmasına izin verilmesi veya teşvik edilmesi, suç işlemesi gibi uygun olmayan davranışların yapılmasına izin verilmesi ya da teşvik edilmesi, gelişmişliği engelleyen aşırı korumacı kısıtlamalar veya duygusal

bağımlılık, şiddetli saldırganlık gösterilmesi gibi durumlar duygusal ihmale verilebilecek örneklerdendir (109).

Cinsel İhmal: İki yaşından sonra çocuklar cinsel kimliklerine uygun bir şekilde davranmaya başlar. Çocuğa cinsel gelişimi konusunda bilgi ve eğitim verilmemesi, yaşına, cinsiyetine uygun davranılmaması, giysiler giydirilmemesi, oyuncaklar alınmamasıdır. Bu ihmale bağlı olarak çocuğun ilerleyen yaşlarında bazı davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (110).

Eğitim İhmali: Okula gitme yaşı gelen çocuğun okula gönderilmemesi**,** çocuğun sürekli olan okul devamsızlılığının önemsenmemesi, öğrenme güçlüğü olan veya özel eğitim gereksinimi olan çocukların bu eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması, ailenin okul toplantılarına gitmemesi önemli eğitim ihmallerindendir (111).

DSÖ (2002) ve Runyan ve Zolotor (2010) yoksulluktan kaynaklı olarak çocuğun ihtiyaçlarının karşılanamamasını ihmal kavramı içine almaz iken, Kuğuoğlu (2004) bu durumu pasif ihmal olarak değerlendirmiştir (109).

2.6. Çocuk İstismar ve İhmalinde Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmali birçok faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan ve çok yönlü araştırılması gereken bir durumdur. Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerinin değerlendirilebilmesi için ortaya konulan ekolojik sistem yaklaşımı, çocuk istismarı ve ihmalinin tüm türlerinin başlangıcını göz önünde bulunduran, karmaşık interaktif bir süreçtir. Ekolojik sistem yaklaşımı, insan davranışına etki eden iç ve dış faktörlerin karşılıklı etkileşimleri üzerinde durarak, kişilerin farklı durumlara adaptasyonunu sağlayan davranış kalıplarını tanımlamakta ve çevre içerisindeki insanın ve diğer sistemlerin birbirleri üzerinde oluşturdukları etkiyi ifade etmektedir. İnsan gelişimi ekolojisi, mikrosistem, mezosistem ve makrosistemden oluşmaktadır. Sistemin merkezinde çocuk bulunmakta ve bu sistemde çocuğun gelişimi olumlu veya olumsuz yönde etkilenmektedir.

Mikrosistem: Çocuğun büyüyüp geliştiği, etkileşim kurduğu aile, okul, akran, akrabadan oluşan günlük etkileşiminin olduğu sistemdir.

Mezosistem: Çocuğun aktif rolünün olmadığı, ama yaşantısını ve gelişimini etkileyen kitle iletişim araçları, komşular, sosyal hizmet kurumları ve bütün bu sistemlerin kendi içindeki bağlantılarını sağlayan sistemdir.

Makrosistem: Toplumun kültürel değerleri, inanç sistemlerini ve yasaları, kişilerin tutumlarını, yaşam biçimlerini, sosyal ve ekonomik durumlarını kapsamaktadır.

Çocuk ile ekolojik sistem arasında uyum olmaması durumunda çocuğun sağlıklı gelişim dönemleri sekteye uğramaktadır. Ekolojik sistem kuramına göre çocuklar korunması gereken varlıklardır ve ülkemizde var olan çocukların korunması sorunu, toplumsal değişim, sosyo-ekonomik değişim, göç etme, kentleşme, işsizlik ve yoksulluk gibi toplumsal değişmelere neden olan yapısal faktörler ile ailelerin durumu, aile yapısı ve işlevleri gibi özelliklerinin etkileşimlerinin bir bütünüdür.

Toplumsal değişme, göç, kentleşme, işsizlik ve yoksulluk gibi faktörler hem aileleri etkilemekte hem de onlardan etkilenmektedir (112).

Bu ekolojik modele göre, çocuk istismarı ve ihmalinin risk faktörleri toplumsal, ailesel ve çocukla ilgili risk faktörleri şeklinde 3 başlık altında incelenmektedir.

2.6.1. Toplumsal Risk Faktörleri

Birçok ülkede yapılan çok sayıda araştırma, yoksulluk ve çocuklara kötü muamele arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. İşsizliğin yüksek ve yoksulluğun yoğun olduğu toplumlarda istismar oranları daha yüksektir. Bu toplumlarda nüfus değişimleri fazla ve kalabalık konutlar mevcuttur. Yüksek düzeyde yoksul olan topluluklarda, kötüleşen fiziksel ve sosyal altyapılara ve daha zengin topluluklarda bulunan kaynak ve imkânların daha azına sahiptirler. Yoksulluk, işsizlik

ve hanedeki bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı aileleri daha fazla zorlamakta ve çocuk istismarı riskini artırmaktadır. İstikrarsız aile yapıları ve sorunlu aile durumları hem çocuklara kötü muameleyi hem de aile içi şiddetine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca alkol ve uyuşturucuların kolay temini, çok sık ev değişikliği, çevredeki zararlı kimyasalların düzeyi de bu riski arttırmaktadır.

Sosyal sermaye, topluluklar içinde var olan uyum ve dayanışma derecesini temsil eder. Daha az "sosyal sermayenin" olduğu bölgelerde yaşayan çocuklar, istismara karşı daha büyük risk altındadır ve daha fazla psikolojik veya davranışsal problemleri vardır. Toplum düzeyinde birçok etkenin çocukların ve ailelerin refahı üzerinde önemli etkileri olduğu düşünülmektedir. Başka bir araştırma, çocuklara kötü muamelenin en yüksek risklerinin yoksulluk, istihdam ve sosyal destekler dahil olmak üzere yoksunluk göstergeleriyle ilişkili olduğunu bulmuştur.

Bugüne kadar çoğu ülkede çocuk istismarı ve ihmali için risk faktörleri olarak incelenmeyen bu faktörler şunlardır:

- Kültürel değerlerin ve ekonomik güçlerin rolü ailelerin karşılaştığı tercihleri şekillendirmede ve bu güçlere karşı tepkilerini şekillendirmede oldukça etkilidir.
- Cinsiyet ve gelirle ilgili eşitsizlikler diğer şiddet türlerinde mevcuttur ve muhtemelen çocuklara kötü muameleyle ilgili olabilir.
- Kültürel normlar çocukların cinsiyet rollerini, ebeveyn-çocuk ilişkilerini ve ailenin mahremiyetini etkileyen faktörlerdendir.
- Çocuk ve aile politikaları (Örneğin; ebeveyn izni, anne istihdamı ve çocuk bakımı) ile ilgili olan düzenlemeler çocuk istismar ve ihmalinde etkili bir faktördür.
- Çocuklarda istismar vakalarının belirlenmesine yardımcı olarak bebekler ve çocuklar için koruyucu sağlık hizmetinin niteliği ve kapsamı yine önemli faktörlerdendir.
- Sosyal refah sisteminin gücü, yani çocuklar ve aileler için bir güvenlik ağı sağlayan destek kaynaklarının yokluğu da risk oluşturmaktadır.

- Sosyal korumanın niteliği ve kapsamı ve ceza adaleti sisteminin yanıt verebilirliği çocuğa kötü muamelede önemli bir faktördür.
- Daha büyük sosyal çatışmalar ve savaş.

Bu geniş kültürel ve sosyal faktörlerin çoğu, ebeveynlerin çocuklara bakma becerisini etkileyebilir. Aile yaşamıyla ilişkili stresleri artırabilir veya azaltabilir ve ailelerin kullanabileceği kaynakları etkileyebilir. Kısacası; toplumsal düzeydeki politikalar, eğilimler ve normlar, çocukların kötü muameleye maruz kalması için potansiyel risk faktörlerini olşturmaktadır (113-116).

2.6.2. Bireysel ve Ailesel Risk Faktörleri

Çocuğa kötü muamelede risk faktörleri arasında çocuğun ebeveynden ayrılması, annenin yabancılaşması, düşük ebeveyn sıcaklığı ve zor çocuk mizacı, çok çocuk olması, yeniden düzenlenmiş aileler, aile çatışması ve uyumu, evlilik doyumu yer alır. Özellikle babalar arasında kötü ebeveyn-çocuk ilişkileri de çocuklara kötü muameleyi ve aile içi şiddeti tetiklemektedir. Sosyal izolasyon, ebeveynlerin madde bağımlılığı, akıl hastalığı ve aile içi şiddet veya çocukluk istismarı öyküsü ile iç içe geçmiştir ve bu faktörlerin varlığı çocuğa kötü muamele riskini arttırmaktadır. Düşük gelir ve yoksulluk, çocuğun fiziksel istismarı ve ihmali ile ilişkilendirilmiştir.

- Düşük benlik saygısı olan ebeveynler genellikle kendilerini ihmal ederler ve kendilerini değersiz insanlar olarak görürler.
- Ebeveynin çocukluk çağı istismarı geçmişi, bir ebeveynin kendi çocuğunu istismar etme riskini önemli ölçüde artırır. Ebeveynler arasındaki şiddete tanık olmak ve çocuklukta tacize uğramış olmak, yetişkinlikte şiddet eylemlerinde bulunma riski oluşturur. Dahası, çocukluk çağı istismarı öyküsü olan anneler daha düşük düzeyde öz denetim sergiler ve bu da çocuk istismarı potansiyelini oluşturur.
- Depresyon, beyin kimyası ile ilgili olabilir ve büyük sorunlara sahip olmanın ve bunlarla başa çıkmak için sınırlı duygusal kaynakların bir sonucu olabilir. Depresyon, özellikle anne depresyonu, çocuk istismarı potansiyeli ve çocuk ihmali ile önemli ölçüde bağlantılıdır. Maternal depresif belirtiler annenin ruh

halini ve davranışını etkiler ve anneleri çocuklarına karşı daha agresif davranmaya ve çocuklarının ihtiyaçlarına daha az ilgi göstermeye neden olur.

- Genellikle öfke veya cinsel duyguları kanalize etmekte belirgin bir yetersizliğe sahip ebeveynlerin istismar ve ihmal uygulama riski arttmaktadır.
- Ebeveynlerde madde kötüye kullanımı, bir çocuğun fiziksel veya cinsel istismara maruz kalma riskini iki katından fazla artırır. Ebeveynlerin uyuşturucu kullanımının küçük şiddet eylemlerini %20 ve başlıca şiddet eylemlerini %46 artırdığı bulunmuştur.
- Ebeveyn ruh sağlığı, çocuklara kötü muamelenin bir başka önemli nedenlerindendir. Aslında birçok profesyonel, psikiyatrik faktörlerin çocuklara kötü muameleyi sosyal faktörlerden daha güçlü şekilde neden olduğuna inanmaktadır.
- Özellikle, antisosyal kişilik özelliklerine sahip ebeveynler, çocuğa kötü muamele için ciddi bir risk barındırır. Çünkü bu özellikler, her ikisi de bağımsız olarak çocuğa kötü muamele ile ilişkili olan sosyal izolasyonu ve madde bağımlılığını kışkırtma eğilimindedir. Madde kullanım bozukluklarının psikiyatrik bozukluklarla ilişkili şiddete aracılık ettiği ve madde kullanımı ile çocuğa kötü muamele arasındaki ilişkiye psikiyatrik bozuklukların aracılık ettiği belirtilmiştir
- Çocuk gelişimi normlarından habersiz olan bir ebeveyn, 4 yaşındaki bir çocuğun kendi giysilerini yıkamasını beklemek gibi gerçekçi olmayan beklentilere sahip olabilir. Olumsuz ebeveyn-çocuk etkileşimleri ve algıları çocuklara kötü muamele riskiyle ilişkilidir. Bebeklerinin olumsuz veya az sayıda olumlu niteliklerini bildiren ebeveynler, çocuk istismarı açısından yüksek risk altındadır. Çocukları ile etkileşimde bulunurken, çocuk istismarı riski taşıyan anneler, istismarcı olmayan annelere göre daha düşük empati, daha fazla aşırı tepki, daha yüksek uyum beklentileri ve ebeveyn-çocuk saldırganlığını daha fazla onaylar.
- İzolasyon: Suistimalci ve ihmalkâr aileler toplumla temastan kaçınma eğiliminde olabilir ve destek sağlamak için çok az aile bağına sahip olabilir. Çocuk yetiştirmede geleneksel olarak önemli bir rol oynayan geniş bir aileye olan uzaklık veya bu ailenin parçalanması izolasyonu artırabilir.

- Düşük eğitim başarısına sahip ebeveynler çocuk istismarı ve ihmali uygulaması açısından risk oluşturmaktadırlar. Yeterli eğitim olmadan anneler başa çıkma kaynaklarına, istismar edici ilişkilerden korunmaya veya ebeveynlik becerilerini öğrenme ve geliştirme fırsatlarından yoksundur ve bunların tümü çocuklara kötü muamele riskini artırır.
- Yetki duygusu eksik olan bazı insanlar, bir çocuğun veya partnerinin itaatini sağlamak için şiddet kullanmanın kabul edilebilir olduğuna inanır.
- Zihinsel gerilik veya sınırda zihinsel işleyiş çocuğa kötü muamele için risk faktörüdür.
- Şiddet yaşanan ailelerde yaşayan çocuklar, hırpalanmış bir ebeveyni korumak için müdahale etmeye çalışırken veya saldırıya uğrayan ebeveynin kollarında veya yakınında iken yaralanabilir. Aile içi şiddete maruz kalma, çocukların istismar ve ihmal görme riskini artırır. Düşük sosyoekonomik statü, yoksulluk ve işsizlik dahil olmak üzere aynı faktörlerin çoğu hem aile içi şiddet hem de çocuğa kötü muamele ile ilişkilidir.
- Üvey anne veya karma aileler daha büyük risk altındadır. Aile yapısındaki değişiklikler de ailede stres yaratabilir. Benzer şekilde babalık durumu çocuğa kötü muamele riski ile ilişkilidir ve biyolojik olmayan baba figürlerinin varlığı, özellikle çoklu ve geçici olduğunda, cinsel istismar riskini artırır
- Tek ebeveynli olmak da istismar ve ihmal için bir risk faktörüdür. Tek ebeveynlik finansal strese, sosyal izolasyona ve sosyal destek eksikliğine katkıda bulunur ve iki ebeveynin işlevlerini yerine getirmeye çalışırken, bunların hepsi birlikte çocuklara kötü muamele olasılığını artırır.
- Ergen ebeveynler yüksek risk altındadır çünkü kendi gelişimsel süreçleri kesintiye uğramıştır: Kendi ihtiyaçları karşılanmadığı için çocuğun ihtiyaçlarına cevap vermeye hazırlıksız olabilirler. Genç ebeveynlerin çocuklarına kötü muamele etme olasılığı üç kat daha fazladır.
- Ceza merkezli çocuk yetiştirme biçiminin de istismarı teşvik etme riski daha yüksektir.
- Belirli bir çocuğu günah keçisi ilan etmek, aileye o çocuğu "kötü" olarak görme izni verme eğiliminde olacak ve kötü muameleye maruz kalmasına neden olacaktır (115, 117).

2.6.3. Çocukla İlgili Risk Faktörleri

İstismar veya ihmal deneyimlerinden hiçbir çocuk sorumlu olmasa da, çocuk düzeyindeki bazı özellikler, çocuk yaşı ve özel sağlık bakımı ihtiyaçları veya engellilik dahil olmak üzere çocuğun kötü muamele riskini artırabilir. Dünyada yapılan birçok çalışmanın sonucuna göre çocuğun savunmasızlığını artıran bir takım özelliklerinin çocuk istismarı ve ihmali riskini de arttırdığı göstermektedir.

Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Veri Sistemine (NCANDS) göre; çocuklara kötü muamelenin en yüksek oranı bir yaşın altındaki çocuklardır. Genel olarak kötü muamele oranı, çocuklar yaşlandıkça giderek azalır veya sabit kalır. Özel sağlık bakımı ihtiyaçları veya engelleri olan çocukların kötü muamele açısından daha büyük risk altında olduğunu göstermektedir.

- Çocuk ırkı / etnik köken genellikle çocuklara kötü muamele için bireysel düzeyde bir risk faktörü olarak görülmektedir.
- Çocuğun kronolojik yaşı risk faktörü olarak sayılabilmektedir. İstismara uğrayan çocukların %50'si 3 yaşından küçüktür, İstismar nedeniyle ölen çocukların %90'ı bir yaşından küçük olup ilk doğan çocuklar en savunmasız gruptur.
- Çocuğun mizacının zor olması veya davranışı ile ebeveynin mizacı veya beklentileri arasında uyumsuzluk olması,
- Fiziksel veya zihinsel engellerin olması,
- Kritik dönemlerde bağlanma sorunları veya ebeveynden ayrılma veya ebeveyn ile çocuk arasındaki olumlu etkileşimin azalması,
- Erken doğum veya doğumda hastalık, finansal strese, bağlanamama ve ebeveynlerde suçluluk, başarısızlık veya yetersizlik duygularına yol açabilir.
- Gayrimeşru çocuk, planlanmayan çocuk, istenmeyen cinsiyet,
- Evdeki çocuk sayısının fazlalığı, çoğul doğumlardan doğan çocuklardan biri olmak,

- Evlat edinilmiş çocuklar, özel ihtiyaçları olan çocuklar, mizaç uyuşmazlığı olan çocuklar veya kültürel olarak sorumlu bir yerleştirme yapılmayan çocuklar kötü muameleye maruz kalma açısından risklidir (114).

2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Toplumsal bir problem olan çocuk istismarı ve ihmali dünya genelinde milyonlarca çocuğu ve ailelerini etkilemektedir. İstismar ve ihmal çocuklar üzerinde bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal etkileri olan ve çocukların yaşamları boyunca onarılması güç sonuçlara yol açmaktadır. Bu sebeple istismarı önlemek için ciddi çalışmalar yapılması gerekmektedir. Önleme çalışmalarını yapabilmek için istismar ve ihmalin nedenleri, gerçekleştiği yer, oluş şekli gibi faktörler belirlenmeli ve buna yönelik çözümler geliştirilmelidir (66).

İstismarın çok yönlü olması sebebiyle, bu konu birçok kurum ve uzman tarafından (pediatrist, psikolog, danışman, öğretmen, sosyal hizmet uzmanı, emniyet mensupları, hukukçular gibi) ele alınmalıdır. İstismarın önüne geçilebilmesi için öncelikle toplum çocuk hakları ve istismar konusunda bilinçlendirilmeli ve konunun önemi vurgulanmalıdır. Medya ile istismara karşı farkındalık yaratılması adına kamu spotları aracılığıyla istismara yönelik toplumsal bilinç arttırılmalıdır. Çocukla ilgili her sağlık kuruluşunda çocuk istismarı tanı ve izlem ekipleri ve çalışma protokolleri geliştirilmelidir. Meslek yaşantısında çocukla temas eden her birey çocuk istismarından kuşkulanmayı ve görünce ne yapması gerektiğini bilmelidir (49, 66).

Çocuk istismarında önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. Çocukların istismardan korunma önlemlerini birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemi olarak ele almak mümkündür (67).

Birincil koruma şiddetin ortaya çıkışını önlemeye yönelik çalışmalar, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış çocuğun rehabilitasyonu çalışmalarını kapsar (43).

2.7.1. Birincil Korunma

İstismar gerçekleşmeden önlenmesi amacıyla bütün çocuklara ve topluma yönelik koruma programlarını içeren, bütün çocukların ve ailelerinin de bulunduğu koşulları iyileştirmek, ailelerin eğitim ve yaşam kalitelerini arttırmak ve oluşabilecek risk faktörlerini ortadan kaldırmak için yapılan çalışmalardır. Bu çalışmalar;

- Çocuk haklarının ulusal yasalarca uygulanması ve hukuksal düzenlemeler yapılması,
- Ekonomik eşitsizliklerin giderilmesi,
- Toplumun bilinçlendirilmesi,
- Ev ziyaretleri ile eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi,
- Ebeveynlerin, çocuğun bakımından sorumlu kişilerin, sağlık profesyonellerinin, öğretmenlerin, kreş, yurt ve eğitim kurumlarında çalışan diğer kişilerin istismar konusunda eğitim almalarının sağlanması,
- Tıbbi bakımının arttırılması,
- Aile planlaması ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- İstismar açısından riskli grupların belirlenmesi ve koruyucu hizmetlerin sağlanmasıdır (118).

2.7.2. İkincil Koruma

Erken tanı, tedavi, bakım ve izlem çalışmalarını içermektedir. İstismarın çocuğun bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimi üzerindeki olumsuz etkileri erken tanı ve tedavi ile azaltmak mümkün olmaktadır. İstismardan şüphenilen durumlarda geniş bir öykünün alınması, çocuk ve ailesi ile ilişkilerinin gözlenmesi, çocuğun detaylı bir şekilde fiziksel ve ruhsal muayenesinin yapılması, olayın nasıl gerçekleştiğinin öğrenilmesi ile erken tanı koymak mümkün olabilecektir.

Hastane başvurularında tespit edilememiş istismar vakalarının %30-50'si tekrardan travmaya maruz kalmakta ve %5-10'u tekrarlanmış travma nedeniyle kaybedilmektedir. Erken tanı ve tedavi için bütün sağlık profeyonellerinin farkındalığını arttıracak eğitimler düzenlenmeli, çocuğa kötü muamelenin tanısında ve

tedavisinde etik, ahlaki ve yasal sorumlulukları olan hekimlerin çocuk istismarının bulgu ve belirtilerini çok iyi bilmeleri gerekmektedir. Herhangi bir sebeple hastaneye başvuran çocuklar istismar açısından değerlendirilmeli, şüpheli bir durum söz konusuysa çocuk zarar görmeden gerekli birimlere bildirilmelidir (119).

2.7.3. Üçüncül Koruma

Çocuk istismar ve ihmalinin tekrarlarının önlenmesini, meydana gelebilecek zararların en aza indirilmesini, tedavi edilmesini ve rehabilitasyonunu hedeflemektedir. Sürekli hizmet veren kuruluşlarda fiziksel ve psikolojik tedaviye öncelik verilmek üzere, rehabilitasyon ve ailenin yeniden topluma entegrasyonunu amaçlayan programlar yer almaktadır.

Herhangi bir istismar ve ihmal vakasında akut müdahaleyi yapabilecek, çocuk ve aile ile ilk görüşmeyi gerçekleştirecek, travma sonrasında ilk olarak çocuğun ve ikinci olarak da ailenin travmatize olmasını önleyecek, çocuktaki ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi azaltacak ve rehabilitasyonunu sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmaların yapılabilmesi için, yatarak ve ayaktan rehabilitasyon hizmeti verebilecek, çocuk istismarı ve ihmalinin rehabilitasyonu konusunda profesyonel ekiplere sahip kuruluşların oluşturulması gerekmektedir (120).

2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Hekimler ve diğer sağlık personeli çocuk istismarı ile ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükleri vardır, aynı şekilde hastanelerin de hem tıbbi nedenlerle hem de güvenli ortamı nedeniyle bu çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır (67).

İstismara uğradığı yönünde şüphe edilen çocuk, koruyucu bir ortamda travmatize olmasını önlemek için ilgili uzmanlardan oluşan bir ekiple birlikte; aydınlatılmış onam alınarak öykü, fizik muayene, gerekliyse laboratuar incelemeleri ve görüntüleme teknikleri ile tanı konulması, tıbbi problemlerin (subdural hematom, fraktürler, yanıklar vs) tanınıp tedavi edilmesi, adli rapor düzenlenmesi, rehabilitasyonu ve koruma altına alınması hızlı bir şekilde sağlanmalıdır. Özel

merkezleri olmayan hastanelerde ise pediatri servisleri veya acil servisler ilk müdahale için uygun alanlardır. Doktor lezyonların şiddetini ve istismar riskinin devam edip etmediğini değerlendirip, çocuğun hastaneye yatış gerekliliğine karar vermelidir. Tıbbi olarak stabil olan çocuk aile değerlendirilmesi bitene kadar hastanede veya var ise istismar kriz merkezlerinde tutulmalıdır. Ailenin çocuğa hastanede kalmasına izin vermemesi durumunda mahkeme emri çıkartılabilir. Tıbbi tedaviler tamamlanmadan çocuk koruma merkezlerine gönderilmemelidir. Hekimin tek başına çocuk istismarı kararını vermesi doğru değildir. Çocuk istismarı ve ihmalinde tanı ve tedavi kararı verirken çocuk bakım kurumu çalışanları, hukukçular, emniyet mensupları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, hastanede ve alanda çalışan hemşireler, ebeler, sağlık memurları, hekimler ve tüm sağlık çalışanlarından oluşan multidisipliner bir anlayışa gereksinim vardır (28, 49, 121).

Hekim istismardan şüphelendiğinde en kısa sürede Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ile iletişime geçmeli, ilgili adli makamlara ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna (SHÇEK) birer rapor yazmalıdır. SHÇEK aile ile görüşerek çocuğun uygun bir ortama transferini sağlamalıdır. Aileye amacın onlara yardım etmek olduğu, cezalandırma olmadığı açık bir dille anlatılmalıdır. Sosyal servislerin görevleri içerisinde aileye destek verilmeside bulunmaktadır. Tüm aşamalarda amaç çocuğun güvenliğinin sağlanmasıdır (28).

Aile hekimleri ve özellikle birinci basamakta görev alan aile sağlığı çalışanları ise, anne ve çocuk izlemlerinde çocukla ilk karşılaşan, ailesi ve bakımıyla ilgilenen kişilerle ilk iletişime giren, tedavi ve bakım sırasında çocukla ilk temas kuran kişilerdir. Kişilerin sağlık problemlerini bedensel, psikolojik, toplumsal ve sosyal boyutlarıyla değerlendirirler. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile hekimliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli grubudur.

Kadınları gebelik öncesi bakımdan başlayarak doğum ve doğum sonrasında anne ve bebek takiplerini yaparak hem annenin hem de bebeğin sağlıklı gelişimini sağlamak ve olası riskleri en düşük seviyeye çekmeyi amaçlamaktadır. Bu aşamada hem hekimler hem de hemşireler; istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğum, ebeveynlerden birinin ruh sağlığının bozuk olması gibi özellikler bakımından aileleri

değerlendirilebilir ve bu durumlara yönelik uygun girişimler planlayabilirler. Ayrıca aile hekimleri yeni doğan bebeklerin aşılarının yapılmasından ve takibinden, psikomotor ve zihinsel gelişimlerinin takip edilmesinden, adölesan sağlığı hizmetlerinden, risk grubundaki gençlerin belli dönemlerle takip edilmesinden sorumludurlar.

Bu nedenle, istismar şüphesi olan olgularda aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları daha duyarlı davranmalı, istismarı tanılama, değerlendirme ve tedavi aşamalarında işbirliği içerisinde olmalıdır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları çocukların büyüme ve gelişme dönemlerini iyi bilmeli, iyi bir gözlemci olarak çocuk istismarındaki bulgu ve semptomları tanıyabilmelidir. Mevcut istismar vakasını iyi değerlendirmeli, istismar edilen çocuğun tepkilerini gözlemlemeli ve kesin tanıya sağlık ekibiyle birlikte karar verdikten sonra, olayın bildirimini yapmalıdır (122, 123).

2.9. Çocuk İstismar ve İhmalinde Bildirim Yükümlülüğü

İstismar olgularının göz ardı edilmesi veya atlanması, mağdurların yineleyen şiddete maruz kalmalarına ve bazen de ölümle sonuçlanabilmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının istismar ve ihmalin ortaya çıkması için yeterli özeni göstermemesi, problemin boyutlarını anlayamaması, istismarı tanıyabilmek için yeterli bilgisinin olmaması, aile içi sorunlara dahil olmak istememesi, istismarcılar tarafından zarar göreceği endişesi, olgulara tanı koyma veya rapor hazırlama konusunda isteksiz olması, adli prosedürü bilmemesi veya uygulamaması, olayları yeterince kayıt altına alamaması gibi problemlerle sık sık karşılaşılmaktadır.

Oysaki çocuklara kötü muamele ve istismar farklı tanımlar altında düzenlenerek Türk Ceza Kanunu (TCK) tarafından suç olarak kabul edilmiştir. TCK'da, belli suçlar bakımından toplumdaki herkese (TCK m. 278) ya da bazı görevlerde bulunan kişilere (TCK m. 279, 280) suçu ihbar etme yükümlülüğü getirilmekte ve bu yükümlülüğün ihlali ceza yaptırımına bağlanmaktadır. Bildirim yükümlülüğü Türkiye'de iki ayrı kanunda düzenlenmiştir. Bu iki bildirim yükümlülüğü hem nitelik hem de usul bakımından birbirinden farklıdır. Türk Ceza Kanunu 278-280. maddelerinde adli bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir. Sosyal

Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu 21. maddesinde ise, korunma ihtiyacı olan çocuğun bildirim yükümlülüğü düzenlenmiştir. Bu bildirimlerden birinin yapılmasının, diğer bildirim yükümlülüğünü ortadan kaldırmadığına dikkat etmek gerekir. TCK'da çocuklara karşı işlenen suçların ihbar edilmesini zorunlu kılan özel bir hüküm yoktur (124, 125).

Yapılan bir çalışmada profesyonellerce tanımlanan istismar ve ihmal olgularının %69'unun çocuk koruma servislerine bildirilmediği, başka bir çalışmada ise, bildirim zorunluluğu ile ilgili yasaya uymama oranı %40 olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanları hiçbir suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir, sorumlulukları şüphelendikleri durumları bildirmeleri ile sınırlıdır (126).

2.9.1. Suçu Bildirmeme

Madde 278.

1. İşlenmekte olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. İşlenmiş olmakla birlikte, sebebiyet verdiği neticelerin sınırlandırılması halen mümkün bulunan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

3. Mağdurun on beş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır.

2.9.2. Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi

Madde 279.

1. Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

2.9.3. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

Madde 280.

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

2. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (125).

2.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Türk Hukuk Sistemindeki Yeri

Çocukların korumasına ilişkin kurallar başta Anayasa'da yer alan temel ilkelerle düzenlenmiştir. Çocuğun kişi olarak toplum içinde statüsü Medeni Kanun ile belirlenir. Çocuk hakları ihlali ile ilgili maddeler Türk Ceza Kanunu'nda yer almaktadır. İhlalin önlenmesi ve olumsuz sonuçların ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler ise Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun, İş Kanunu, Basın Kanunu, Çocukları Muzır Neşriyattan Koruma Yasası gibi pek çok yasa ve yönetmeliklerde yer almaktadır.

Türk Hukuk Sistemi'nde çocuk istismar ve ihmalini düzenleyen ayrı bir yasa bulunmamaktadır. Ancak çeşitli yasalarda çocuk istismar ve ihmaline yönelik hükümler mevcuttur (2). 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 01.06.2005 tarihinde yürürlülüğe girmiştir.

Türk Ceza Kanunu

Cinsel Saldırı

Madde 102.

1) Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2) Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi halinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.

3) Suçun;

a) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

b) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

c) Üçüncü derece dahil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı,

d) Silahla veya birden fazla kişi tarafından birlikte, işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yarı oranında artırılır.

4) Suçun işlenmesi sırasında mağdurun direncinin kırılmasını sağlayacak ölçünün ötesinde cebir kullanılması durumunda kişi ayrıca kasten yaralama suçundan dolayı cezalandırılır.

5) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, on yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

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

Çocukların Cinsel İstismarı

Madde 103.

1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması halinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması halinde verilecek ceza, istismar durumunda on yıldan, sarkıntılık durumunda beş yıldan az olamaz. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması halinde soruşturma ve kovuşturma yapılması, mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır. Cinsel istismar deyiminden;

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

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

2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması halinde verilecek ceza on sekiz yıldan az olamaz.

3) Suçun;

a) Birden fazla kişi tarafından birlikte,

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

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

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

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

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

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

6) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Reşit Olmayanla Cinsel İlişki

Madde 104.

1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2) Fail mağdurdan beş yaştan daha büyük ise, şikâyet koşulu aranmaksızın, cezası iki kat artırılır.

Cinsel Taciz

Madde 105.

1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına hükmolunur.

2) Bu fiiller, hiyerarşi veya hizmet ilişkisinden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur işi terk etmek mecburiyetinde kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

Müstehcenlik

Madde 226.

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

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

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

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

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

f) Bu ürünlerin reklamını yapan, Kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis ve adli para cezası ile cezalandırılır.

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

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

4) Şiddet kullanılarak, hayvanlarla, ölmüş insan bedeni üzerinde veya doğal olmayan yoldan yapılan cinsel davranışlara ilişkin yazı, ses veya görüntüleri içeren ürünleri üreten, ülkeye sokan, satışa arz eden, satan, nakleden, depolayan, başkalarının

kullanımına sunan veya bulunduran kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

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

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

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

Dilencilik

Madde 229.

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

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

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

Kötü Muamele

Madde 232.

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

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

Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali

Madde 233.

1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2) Hamile olduğunu bildiği eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğunu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimseye, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.

3) Velayet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

Madde 280.

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

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

Türk Medeni Kanunu

Kişiliğin Başlangıcı ve Sonu

Doğum ve Ölüm

Madde 28. Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder.

Çocuk ile Kişisel İlişki

Madde 323. Ana ve babadan her biri, velayeti altında bulunmayan veya kendisine bırakılmayan çocuk ile uygun kişisel ilişki kurulmasını isteme hakkına sahiptir.

Madde 324. Ana ve babadan her biri, diğerinin çocuk ile kişisel ilişkisini zedelemekten, çocuğun eğitilmesi ve yetiştirilmesini engellemekten kaçınmakla yükümlüdür. Kişisel ilişki sebebiyle çocuğun huzuru tehlikeye girer veya ana ve baba bu haklarını birinci fıkrada öngörülen yükümlülüklerine aykırı olarak kullanırlar veya çocuk ile ciddi olarak ilgilenmezler ya da diğer önemli sebepler varsa, kişisel ilişki kurma hakkı reddedilebilir veya kendilerinden alınabilir.

Çocukların Bakım ve Eğitim Giderlerini Karşılama

Madde 327. Çocuğun bakımı, eğitimi ve korunması için gerekli giderler ana ve baba tarafından karşılanır. Ana ve baba, yoksul oldukları veya çocuğun özel durumu olağanüstü harcamalar yapılmasını gerektirdiği takdirde ya da olağan dışı herhangi bir sebebin varlığı halinde, hakimin izniyle çocuğun mallarından onun bakım ve eğitimine yetecek belli bir miktar sarfedebilirler.

Madde 328. Ana ve babanın bakım borcu, çocuğun ergin olmasına kadar devam eder. Çocuk ergin olduğu halde eğitimi devam ediyorsa, ana ve baba durum ve koşullara göre kendilerinden beklenebilecek ölçüde olmak üzere, eğitimi sona erinceye kadar çocuğa bakmakla yükümlüdürler.

Çocuğun Korunması

Koruma Önlemleri

Madde 346. Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hakim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır.

Çocukların Yerleştirilmesi

Madde 347. Çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş halde kalırsa hakim, çocuğu ana ve babadan alarak bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir. Çocuğun aile içinde kalması ailenin huzurunu onlardan katlanmaları beklenemeyecek derecede bozuyorsa ve durumun gereklerine göre başka çare de kalmamışsa, ana ve baba veya çocuğun istemi üzerine hakim aynı önlemleri alabilir. Ana ve baba ile çocuğun ödeme gücü yoksa bu önlemlerin gerektirdiği giderler devletçe karşılanır.

Madde 350. Velayetin kaldırılması halinde ana ve babanın çocuklarının bakım ve eğitim giderlerini karşılama yükümlülükleri devam eder. Ana ve baba ile çocuğun ödeme gücü yoksa bu giderler devletçe karşılanır (127, 128).

Çocuk İstismarı Durumunda Nasıl Bir Yol İzlenmeli?

İstismar mağduru çocuklar için adli süreç, istismarın fark edilmesi ya da istismar kuşkusunun olması durumunda, işlenen/işlendiğinden kuşkulanılan suçun bildirimiyle başlar. Bildirim, çocuğun kendisi, ailesi, bir yakını ya da istismardan kuşkulanan diğer kişilerce doğrudan cumhuriyet savcılığına, kolluk kuvvetlerine, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının İl Müdürlüklerine (ASPİM) ya da çağrı merkezlerine yapılabilir. Başvuru merkezleri (128):

- **183**: Sosyal Destek Hattı
- **155**: Polis
- **156**: Jandarma Çocuk ve Kadın Kısım Amirliği
- En Yakın Kolluk Kuvveti

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Çalışma için 17.12.2019 tarih ve 26 sayılı Etik Kurul onayı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir. Etik Kurul onayından sonra, 1 Şubat 2020-1 Ağustos 2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesindeki çocuk hastaların başvurduğu bölümlerde görev yapan (pediatri, aile hekimliği, kadın hastalıkları ve doğum, acil servis gibi) tüm sağlık çalışanları dahil edilmiştir.

Çalışmanın evren ve örneklemini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesindeki çocuk hastaların başvurduğu bölümlerde (pediatri, aile hekimliği, acil servis, kadın hastalıkları ve doğum gibi) görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli olan, başka bölümlerde rotasyonda olan ve anket formunu uygun şekilde doldurmayan sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyeti, yaşı, çocuk sahibi olup olmama durumu, mesleği, meslekteki çalışma süresi, okul hayatında ve/veya sonrasında istismar konusunda eğitim alıp almama durumu, çocuk hastalarda istismar olasılığını göz önünde bulundurma durumu, çocuk istismarının ne olup olmadığını bilme durumu, çalışma hayatında çocuk istismar vakasıyla karşılaşıp karşılaşmama durumu, karşılaştıkları çocuk istismar olgu/olguları, istismar olgularında en zorlandıkları konu/konular, istismar olgularının yeterince bildirilip bildirilmediği konusu, şüpheli istismar olgularında bildirim yapılmama nedenlerinin ne olduğu, şüpheli istismar vakasıyla karşılaştıklarında yapacakları ilk müdahale/müdahelelerin ne olduğu ile ilgili sorular bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulara verdikleri yanıtlar bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Araştırmada veri toplanırken literatür taranarak oluşturulan 16 soruluk bilgi formu ve Uysal (1998) tarafından geliştirilen "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTYÖ)'inin İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği (İÇÜFBAÖ) kullanılmıştır. İlk bölümde sosyodemogrfik verileri içeren 16 sorudan/bölümden oluşmaktadır. Bilgi formunda; katılımcıları demografik ve mesleki bilgileri, çocuk istismarı ile ilgili bilgi ve eğitim durumları, bu konudaki mesleki deneyimlerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (Ek-A).

Çalışmamızda kullanılan 1998 yılında geliştirilen ÇİİBRTYÖ'nün İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçeği'ni kullandık. Ölçeğin alt grup değerlendirmesinde de Cronbach alpha katsayısı 0.77 olarak saptandı. Ölçek soruları 5'li likert tipi olup her bir madde 1 ile 5 puan aralığında değerlendirilmektedir. Ölçekte "kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "karasızım", "katılmıyorum", "kesinlikle katılmıyorum" seçenekleri vardır. İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek'i 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğimiz Likert tipi bir ölçektir (Ek- B).

Ölçekteki maddelerden; 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19 olanlarda "kesinlikle katılıyorum" seçeneği 5 puan iken "kesinlikle katılmıyorum" seçeneği 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Negatif (olumsuz) olarak hesaplanacak maddeler; 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16'dır. Bu sorularda "kesinlikle katılıyorum" seçeneği 1 puan iken "kesinlikle katılmıyorum" seçeneği 5 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekte tüm soruların doğru bir şekilde yanıtlanması durumunda 95 puan alınmaktadır. Alınan ortalama puan 95'e yaklaştığında (Puan ortalamaları 5'e yaklaştırıldığında 3 puan ve üzeri alan kişiler) bilgi düzeylerini yeterli olduğu kabul edilmektedir. Ölçek uygulanmadan önce ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek-C).

Hazırlanan anket formları araştırmacı tarafından sağlık çalışanlarına, yüz yüze yöntemiyle doldurtulmuştur. Araştırmacı önce kendini tanıtmış ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmış ve her katılımcıdan gönüllü olur formu almıştır. Anket formunda anlaşılmayan noktalarda gerekli açıklamalar yapılmıştır. Hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin

aksatılmadan sürdürülmesi konusunda gerekli özen gösterilmesi sağlanmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Bu süre bazen katılımcıların ankete yönelik soruları ve iş yoğunlukları nedeni ile uzamıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması

Verilerin analizi IBM SPSS 21 paket programı ile yapıldı. Nitel değişkenlere ait özet değerler frekans ve yüzde, nicel değişkenlerde ise ortalama±standart sapma ya da medyan (Q1-Q3) olarak gösterildi. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılan değişkenlerde iki grup karşılaştırılması t testi ile dağılmayan durumlarda ise Mann Whitney U testi ile yapıldı. Normal dağılan üç grup için karşılaştırılma Tek Yönlü Varyan Analizi (ANOVA), dağılmayan durumlarda ise Kruskal Wallis testi ile gerçekleştirildi. Kruskal Wallis testi sonucunda anlamlı fark bulunan değişkenler için grupların ikili karşılaştırılmaları Dunn testi ile yapıldı. Nitel değişkenler arasındaki ilişki Ki Kare analizleri ile değerlendirildi. Analiz sonucu $p<0.05$ olan durumlar anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya, 1 Şubat 2020-1 Ağustos 2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan, çalışmamıza katılmayı kabul eden, çocuk hastaların da başvurduğu bölümlerde görev yapan 206 sağlık çalışanı dahil edilmiştir.

4.1. Sağlık Çalışanlarına İlişkinTanıtıcı Bilgiler

4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi çalışmamıza katılan 206 katılımcının 74'ü (%35.9) erkek, 132'si (%64.1) kadındır. Katılımcıların 48'i (%23.3) 25 yaş ve altında, 118'i (%57.3) 26-35 yaş aralığında, 40'ı (%19.4) 36 yaş ve üstünde kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların çoğu çocuk sahibi değildir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 94'ü (%45.6) doktor, 82'si (%39.8) hemşire ve ebelerden, 30'u (%14.6) ise diğer (paramedik, att vb.) meslek gruplarından oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların çalışma sürelerine bakıldığında; 104'ü (%50.5) 5 yıldan az, 65'i (%31.6) 5-10 yıl arasında, 37'si (%18) 10 yıldan fazla çalışma sürelerine sahiptir.

Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri.

		Katılımcı Sayısı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	74	35.9
	Kadın	132	64.1
Yaş	25 Yaş Altı	48	23.3
	26-35 Yaş Arası	118	57.3
	36 Yaş Üstü	40	9.4
Çocuk Varlığı	Evet	73	35.4
	Hayır	133	64.6
Meslek	Doktor	94	45.6
	Hemşire/Ebe	82	39.8
	Diğer	30	14.6
Meslekteki Çalışma Süresi	5 Yıldan Az	104	50.5
	5-10 Yıl Arası	65	31.6
	10 Yıldan Fazla	37	18

4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusundaki Görüşleri Ve Karşılaşma Durumlarına İlişkin Bilgiler

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının Tablo 4.2'de görüldüğü gibi 202'si (%98.1) çocuk istismarının ne olduğunu bildiklerini söylemişlerdir. Sağlık çalışanlarının 197'si (%95.6) çocuk hastalarda çocuk istismarını göz önünde bulundurduğunu söylemiştir. Katılımcıların 126'sı (%61.2) çalışma hayatında çocuk istismarı ile karşılaşmış, 80'i (38.8) karşılaşmamıştır.

Tablo 4.2. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Bilme, Göz Önünde Bulundurma, Karşılaşma ve Karşılaştıkları Olguların Dağılımları.

		(N)	**(%)**
Çocuk İstismarının Ne Olduğunu Biliyormusunuz?	Evet	202	98.1
	Hayır	4	1.9
Çocuk Hastalarda Çocuk İstismarını Göz Önünde Bulundurur musunuz?	Evet	197	95.6
	Hayır	9	4.4
Çalışma Hayatınızda Çocuk İstismarı ile Karşılaştınız mı?	Evet	126	61.2
	Hayır	80	38.8

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi; çalışma hayatınızda karşılaştığınız çocuk istismarı olgu veya olguları sorusunu cevaplayan 126 katılımcının bazılarının birden fazla seçenek işaretlemesiyle toplam da 269 cevap ortaya çıkmıştır. 126 katılımcının toplam verdiği 269 cevabın 89'u (%70.6) fiziksel istismar, 86'sı (%68.3) duygusal istismar, 54'ü (%42.9) cinsel istismar, 40'ı (%31.7) ekonomik istismar ile karşılaşılaştıklarını göstermektedir.

Hekimlerin 54'ü (%84.4) en çok fiziksel istismar ile karşılaştıklarını söylemişlerdir. Hemşire ve ebelerin toplam verdikleri 88 cevabın 29'u (%63) ise duygusal istismar ve 28'i (%60.9) fiziksel istismar ile karşılaşma şeklindedir.

Tablo 4.3. Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Çocuk İstismarı Olgu Dağılımları.

		N	Cevap Sayısına Oranı (%)	Katılımcı Sayısına Oranı (%)
Çocuk İstismarında Karşılaşılan Olgu/Olgular	Fiziksel İstismar	89	33.1	70.6
	Duygusal İstismar	86	32	68.3
	Cinsel İstismar	54	20.1	42.9
	Ekonomik İstismar	40	14.9	31.7

4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusunda Eğitim Almalarına İlişkin Bilgiler

Tablo 4.4'e baktığımızda, katılımcıların 143'ü (%69.4) okul hayatında çocuk istismarı konusunda eğitim almıştır. Katılımcıların 159'u (%77.2) okul hayatından sonra çocuk istismarı konusunda eğitim almamıştır. Tüm katılımcıların çoğunluğu çocuk istismarı konusunda eğitim almak istediklerini söylemişlerdir.

Tablo 4.4. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarını Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı.

		N	%
Okul Hayatınızda Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Aldınız mı?	Evet	143	69.4
	Hayır	63	30.6
Okul Hayatınızdan Sonra Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Aldınız mı?	Evet	47	22.8
	Hayır	159	77.2
Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Almak İster misiniz?	Evet	184	89.3
	Hayır	22	10.7

4.1.4. Sağlık Çalışanlaının Çİ Vakalarının Bildirilmesi, Bildirim Yapmama Nedenleri, Zorlandıkları Konulara İlişkin Bilgiler

Tablo 4.5'de görüldüğü üzere; tüm katılımcıların 22'si (%10.7) çocuk istismarı vakalarının yeterince bildirildiğini düşünüyorken, 157'si (%76) yeterince bildirilmediğini düşündüklerini söylemişlerdir. Geri kalan 27 katılımcı (%13.1) ise bilmiyorum şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 4.5. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Vakalarının Yeterince Bildirilme Durumlarının Dağılımları.

		N	%
Çocuk İstismarı Vakalarının Yeterince Bildirildiğini Düşünüyor musunuz?	Evet	22	10.7
	Hayır	157	76.2
	Bilmiyorum	27	13.1

Katılımcıların 201'i (%97.6) çocuk istismarı vakalarında en zorlandığınız konu veya konular sorusuna cevap vermiştir. 5 (%2.4) katılımcı ise bu soruya cevap vermemiştir. Cevap veren katılımların bazıları birden fazla seçenek işaretlemişlerdir (201 katılımcı toplam 313 cevap vermiştir.). Tablo 4.6'yı incelediğimizde, çocuk istismarında en zorlanılan konu veya konulara; katılımcıların toplam verdiği 313 cevabın 139'u (%44.4) öykü alma, 49'u (%15.7) fizik muayene, 39'u (%12.5) kayıt, 86'sı (%27.5) yasal süreç konusunda zorlandıkları şeklindedir. Katılımcıların en sık öykü almada zorlandıkları görülmektedir. Hekimler en sık öykü almada zorlandıkları saptandı (%72.3). Aynı şekilde hemşire ve ebeler de en çok öykü alma ve yasal süreç konusunda zorlandıkları tespit edildi (%68.8, %55.3).

Tablo 4.6. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Vakalarında En Zorlandıkları Konuların Dağılımı.

Zorlanılan Konular	N	Cevap Sayısı Yüzdesi	Katılımcı Sayısı Yüzdesi
Öykü Alma	139	44.4	69.2
Fizik Muayene	49	15.7	24.4
Kayıt	39	12.5	19.4
Yasal Süreç	86	27.5	42.8

Çocuk istismarı vakalarının yeterince bildirilmeme nedeninini sorduğumuzda ise katılımcıların 36'sı (%17.5) cevap vermemiştir. 170 (%82.5) katılımcı ise bu soruya cevap vermiştir. Cevap veren katılımcıların bazıları da birden fazla seçenek işaretlemiştir (170 katılımcı toplam 338 cevap vermiştir.) . Tablo 4.7'ye baktığımızda, çocuk istismarı vakalarının bildirilmeme nedenleri olarak ise, 109 katılımcı (%64.1) en sık olarak bu konu hakkında yeterli bilgi sahibi olunmadığı seçeneğini işaretlemiştir. En az işaretlenen seçenek ise, katılımcıların 14'ü (%8.8) bu konuya ayıracak zamanın olmadığını söylemiştir.

Hekimlerin 55'i (%71.4) bu konu hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması seçeneğini işaretlemiştir. Yine aynı şekilde hemşire ve ebelerin 45'i (%66.2) bu konu hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 4.7. Çİ Vakalarının Yeterince Bildirilmeme Nedenlerin Dağılımı.

Bildirilmeme Nedenleri	N	Cevap Oranı (%)	Katılımcı Oranı (%)
Bu Konu Hakkında Hakkında Yeterince Bilgi Sahibi Olunmaması	109	32.2	64.1
Çocuğun Daha Sonra Zarar Göreceği Düşüncesi	71	20.9	41.8
Bu Konuya Ayıracak Zamanın Olmadığı Düşüncesi	14	4.4	8.8
Nereye Bildirim Yapılacağının Bilinmemesi	66	19.5	38.8
Çocuğun Ailesinden Ayrılacağı Düşüncesi	24	7.1	14.1
Kurumda Çocuk İstismarına Yönelik Düzenlenen Form/Prosedür Olmaması	54	15.9	31.8

4.1.5. Sağlık Çalışanların Çİ ile Karşılaştıklarında Yapacakları Müdahalelere İlişkin Bilgiler

Katılımcıların 204'ü (%99) çocuk istismarı vakaları ile karşılaşınca yapılacak ilk müdahale veya müdahaleler nedir sorusunu cevaplamıştır. Katılımcıların bazıları birden fazla seçenek işaretlemişlerdir (206 katılımcı toplam cevap sayısı 509'dur.).

Tablo 4.8‘de görüldüğü gibi çocuk istismarı ile karşılaşıldığında ilk yapılacak müdahalelere katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturan 114 (%55.3) kişi polise haber vereceğini söylemiştir. 62 (%30.1) katılımcı tutanak tutarım, 47 (%22.8) katılımcı doktora haber veririm, 57 (%27.7) katılımcı emin olmaya çalışırım, 68 (%33) katılımcı çocuğu korumaya alırım, 42 (%20.4) katılımcı bilgi edinirim, 27 (%13.1) katılımcı pembe kod veririm, 30 (%14.6) psikolojik destek veririm, 57 (%27.7) katılımcı fizik muayene yaparım demiştir. En az sıklıkla istismarcıyla konuşacağını söyleyen 5 (%2.4) kişi olmuştur.

94 hekimin 62’si (%66) en çok polise haber veririm seçeneğini işaretlemiştir. 82 hemşirenin verdiği 172 cevabın 34’’ü (%19.7) polise haber veririm, 31’i (%17.8) doktora haber veririm şeklindedir.

Tablo 4.8. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ile Karşılaştığında Yapacakları İlk Müdahalelerin Dağılımı.

İlk Müdahaleler	N	Cevap sayısı yüzdesi	Katılımcı sayı yüzdesi
Polise haber veririm.	114	22.4	55.3
Tutanak tutarım.	62	12.2	30.1
Doktora haber veririm.	47	9.2	22.8
Emin olmaya çalışırım.	57	11.2	27.7
Çocuğu korumaya alırım.	68	13.4	33
Bilgi edinirim.	42	8.3	20.4
Pembe kod veririm.	27	5.3	13.1
Psikoloji destek veririm.	30	5.9	14.6
İstismarcıyla konuşurum.	5	1	2.4
Fizik muayene yaparım.	57	11.2	27.7

4.2. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarının Tanılanmasına Yönelik Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların İncelenmesi

Tablo 4.9. Çocuğun İstismarının ve İhmalinin Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Anketinin Cevap Dağılımları.

Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği		5	4	3	2	1
Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	n	125	76	5	0	0
	%	%60.7	%36.9	%2.4	%0	%0
Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	n	77	83	33	12	1
	%	%37.4	%40.3	16%	%5.8	%0.5
Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	n	59	64	40	28	15
	%	%28.6	%31.1	%19.4	%13.5	%7.3
Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	n	49	63	82	12	0
	%	%23.8	%30.6	%39.8	%5.8	%0
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	n	7	14	66	74	45
	%	%3.4	%6.8	%32	%35.9	%21.8
Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	n	53	110	37	6	0
	%	%25.7	%53.4	%18	%2.9	%0
Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater seklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir	n	74	118	12	2	0
	%	%35.9	%57.3	%5.8	%1	%0

Tablo 4.9. ”Devam” Çocuğun İstismarının Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Anketinin Cevap Dağılımları.

Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği		5	4	3	2	1
Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir	n	14	34	70	70	16
	%	%6.8	%17.5	%34	%34	%7.8
Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	n	72	78	37	17	2
	%	35%	%37.9	%18	%8.3	%1
Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	n	56	64	65	18	3
	%	%27.2	%31.1	%31.6	%8.7	%1.5
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	n	45	102	46	8	5
	%	%21.8	%49.5	%22.3	%3.9	%2.4
İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	n	59	70	44	20	13
	%	%28.6	%34	%21.4	%9.7	%6.3
Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	n	101	90	13	2	0
	%	%49	%43.7	%6.3	%1	%0
Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	n	60	64	52	20	10
	%	%29.1	%31.1	%25.2	%9.7	%4.9
Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	n	134	60	7	1	4
	%	%65	%29.1	%3.4	%0.5	%1.9

Tablo 4.9. ”Devam” Çocuğun İstismarının Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Anketinin Cevap Dağılımları.

Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği		5	4	3	2	1
Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	n	69	62	49	21	5
	%	%33.5	%30.1	%23.8	%10.2	%2.4
Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikâyetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	n	62	96	36	11	1
	%	%30.1	%46.6	%17.5	%5.3	%0.5
Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	n	119	76	10	1	0
	%	%57.8	%36.9	%4.9	%0.5	%0
Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	n	101	86	18	1	0
	%	%49	%41.7	%8.7	%0.5	%0

Katılımcılara uygulanan “İstismar çocuktaki üzerindeki fiziksel belirtileri” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 4.9’da gösterilmiştir. İstismar çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden “Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.” maddesini katılımcıların %60.7’si (125 katılımcı), “Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.” maddesini katılımcıların %49’u (101 katılımcı), “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.” maddesini katılımcıların %65’i (134 katılımcı), “Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.” maddesini katılımcıların %33.5’u (69 katılımcı), “Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.” maddesini katılımcıların %57.8’i (119 katılımcı), “Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.” maddesini katılımcıların %49’u (101 katılımcı) kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplamışlardır.

"Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir." maddesini katılımcıların %39.8'i (82 katılımcı), "Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir." Maddesini katılımcıların %34'ü (70 katılımcı), "Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz." Maddesini katılımcıların %31.6'sı (65 katılımcı) kararsızım şeklinde cevaplamışlardır.

"Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz." maddesine katılımcılarından %7.3'ü (15 katılımcı), "Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür." maddesine katılımcılardan %21.8'i (45 katılımcı), "Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir." maddesine katılımcılardan %7.8'i (16 katılımcı), "Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz." maddesine katılımcılardan %1.5'u (3 katılımcı), "İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez." maddesine katılımcılardan %6.5'u (13 katılımcı), "Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir." Maddesine katılımcılardan %4.9'u (10 katılımcı) kesinlikle katılmıyorum şeklinde cevap vermişlerdir.

4.3. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Çİ Konularındaki Görüşlerinin Karşılaştırılmaları

4.3.1. Okul Hayatında Çİ Konusunda Eğitim Durumu ile Çİ Vakalarını Gözönünde Bulundurmayla İlişkili Bilgiler

Çalışmamızdaki katılımcıların okul hayatında Çİ konusunda eğitim alanların bu konuda eğitim almayanlara göre çocuk istismarı vakalarını göz önünde bulundurmaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.025). Veriler tablo 4.10'da görülmektedir.

Tablo 4.10. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Alma/Vakaları Göz Önünde Bulundurma Durumları Dağılımı.

		Okul Hayatında Çii Konuusnda Eğitim Alma Durumu				
		Evet		Hayır		
Çocuk İstismarını Göz Önünde Bulundurma Durumu		N	%	N	%	
	Evet	140	97.9	57	90.5	P=0.025*
	Hayır	3	2.1	6	9.5	

*Pearson Ki-kare Testi

4.3.2. Yaşlara Gruplarına Göre Çi Vakaları ile Karşılaşılmasına İlişkin Bilgiler

Çalışmamamıza katılan sağlık çalışanlarının çalışma hayatında çocuk istismarı ile karşılaşmış olan 25 yaş altı katılımcı sayısı 23 (%47.9), 26-35 yaş arası katılımcı sayısı 70 (59.3), 36 yaş üstü katılımcı sayısı ise 22'dir (%55). Yaşlara göre çocuk istismarı vakaları ile karşılaşma durumunu değerlendirdiğimizde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Veriler tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Yaşlara Göre Çocuk İstismarı ile Karşılaşma Durumu Dağılımı.

		25 Yaş Altı		**26-35 Yaş Arası**		**36 Yaş Üstü**		
		N	%	N	%	N	%	
Çalışma Hayatında Çocuk İstismarı İle Karşılaşma Durumu	Evet	23	47.9	70	59.3	22	55	P=0.404*
	Hayır	25	52.1	48	40.7	18	45	

*Pearson Ki-kare Testi

4.3.3. Cinsiyete Göre Çİ Gözönünde Bulundurma ile İlişkili Bilgiler

Çalışma hayatında çocuk istismarını göz önünde bulunduran erkek sayısı 68 (91.9), kadın sayısı ise 129'dur (97.7). Sağlık çalışanlarının cinsiyetlere göre çocuk istismarını göz önünde bulundurma durumlarını karşılaştırdığımızda aralarında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gördük. Veriler tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12 Cinsiyetlerin Çocuk İstismarını Göz Önünde Bulundurma Durumlarına Göre Dağılımı.

		Erkek		**Kadın**		
		N	%	N	%	
Çocuk İstismarını Göz Önünde Bulundurma Durumu	Evet	68	91.9	129	97.7	P=0.073*
	Hayır	6	8.1	3	2.3	

*Pearon Ki-kare Testi

4.3.4. Çİ Konusunda Eğitim Alma ve Çİ Konusundaki Görüşlerin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Çocuk istismarı konusunda eğitim alma ve çocuk istismarı konusundaki görüşlerin meslek gruplarına göre değerlendirdik. Değerlendirmemiz hekimler ile hemşire/ebeler arasında yapılmıştır. Diğer seçeneklerindeki mesleklerlerin heterojen bir dağılım göstermesi nedeniyle değerlendirmeye almadık.

Tablo 4.13. Mesleklerin Çocuk İstismarı Konusunda Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.

		Hekim		**Hemşire Ve Ebe**		
		N	%	N	%	
Okul Hayatında Çii Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	77	81.9	55	67.1	P=0.036*
	Hayır	17	18.1	27	32.9	
Okul Hayatından Sonra Çii Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	25	26.6	18	22	P=0.590*
	Hayır	69	73.4	64	78	
Çii Konusunda Eğitim Almak İsteme Durumu	Evet	85	90.4	75	91.5	P=1.00*
	Hayır	9	9.6	7	8.5	

*Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.13'de mesleklerin çocuk istismarı konusunda eğitim alma durumları karşılaştırılmıştır. Okul hayatında çocuk istismarı konusunda eğitim alan hekim sayısı 77 (%81.9), hemşire ve ebelerin sayısı 55 (%67.1), okul hayatından sonra eğitim alan hekim sayısı 25 (%26.6), hemşire ve ebe sayısı 18 (%22), çocuk istismarı konusunda eğitim almak isteyen hekim sayısı 85 (%90.4), hemşire ve ebelerin sayısı 75 (%91.5) olarak saptandı. Mesleklere göre çocuk istismarı konusunda eğitim alma durumları değerlendirildiğinde; okul hayatında eğitim alan hekimlerin hemşire/ebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.01).

Tablo 4.14. Mesleklerin Çocuk İstismarını Bilme/Karşılaşma/Yeterince Bildirildiğini Düşünme Durumlarının Dağılımı.

		Hekim		**Hemşire Ve Ebe**		
		N	%	N	%	
Çocuk İstismarının Ne Olduğunu Bilme Durumu	Evet	93	98.9	81	98.8	P=1.00*
	Hayır	1	1.1	1	1.2	
Çalışma Hayatında Çii ile Karşılaşma Durumu	Evet	62	66	42	51.2	P=0.047*
	Hayır	32	34	40	48.8	
Çii Olguların Yeterince Bildirildiğini Düşünme Durumu	Evet	9	9.6	9	11	P=0.580*
	Hayır	71	75.5	65	79.3	

*Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.14'de hekim ve hemşire/ebelerin çocuk istismarını bilme, karşılaşma, yeterince bildirildiğini düşünme durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Çocuk istismarının ne olduğunu bilen hekim sayısı 93 (%98.9), bilmeyen 1 (%1.1)'dir. Hemşire/ebelerin çocuk istismarının ne olduğunu bilen sayısı 81 (%98.8), bilmeyen 1 %1.2)'dir. Hekimler ile hemşire/ebelerin çocuk istismarının ne olduğunu bilmeleri kıyaslandığında, hekimler ile hemşire/ebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Hekimlerden çocuk istismarı vakaları ile karşılaşmış katılımcı sayısı 62 (%66), karşılaşmamış katılımcı sayısı 32 (%34) olarak tespit edildi. Hemşire/ebelerin çocuk

istismarı vakaları ile karşılaşanların sayısı 42 (%51.2) iken karşılaşmayanların sayısı 40 (%48.8)'dir. Hekimler ile hemşire/ebelerin çalışma hayatında çocuk istismarının ile karşılaşmalarını kıyasladığımızda hekimlerin hemşire/ebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocuk istismarı olgularının yeterince bildirildiğini düşünen hekim sayısı 9 (%9.6), yeterince bildirilmediğini düşünen hekim sayısı 71 (%75.5)'dir. Hemşie/ebelerin çocuk istismarı vakalarının yeterince bildirildiğini düşünen kişi sayısı 9 (%11) iken, yeterince bildirilmediğini düşünen sayısı 65 (%79.3)'tür. Hekimler ile hemşire/ebelerin çocuk istismarı olgularını yeterince bildirilme durumları kıyasandığında, hekimler ile hemşire/ebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.4. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Ortalama Puanı ile İlişkili Bilgiler

4.4.1. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Ortalama Puanı ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Çalışmamızdaki tüm katılımcıların İÇÜFBAÖ puan ortalaması 74.08±7.54 olarak saptandı. Tablo 4.15'de görüldüğü gibi; katılımcıların 132'si kadın olup İÇÜFBAÖ'ten aldıkları ortalama puan 74.65±7.59'dur. 74 erkek katılımcının ortalama puanı ise, 73.08±7.49'dur. Cinsiyetlere göre İÇÜFBAÖ'inden aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hekimlerin İÇÜFBAÖ puan ortalaması 76.56 ±7.5 iken, hemşire ve ebelerin puan ortalaması 73.63 ±6.5'dir. Hekimler ile hemşire/ebelerin İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,007$).

Yaş gruplarının İÇÜFBAÖ puan ortalamaları Kruskall Wallis Testi kullanılarak hesaplanmıştır. Ve test sonucuna göre yaş grupları ile İÇÜFBAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Hangi yaş grupları arasında anlamlılık olduğu ise yapılan Dunn testi ile bulunmuştur. Dunn

testine göre; 36 yaş üstü ile 25 yaş altı arasında ($p<0.01$) ve 36 yaş üstü ile 26-35 ($p<0.01$) yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının çocuk varlığına göre İÇÜFBAÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çocuğu olan 73 katılımcının aldığı ortalama puan 72.15±8.34'dür. Çocuğu olmayan 133 katılımcının aldığı ortalama puan ise, 75.15±6.88'dir. Çocuk varlığına göre İÇÜFBAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$).

Tablo 4.15. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelikleri ile İÇÜFBAÖ Ortalama Puanların Dağılımı.

		N	Ortalama Puan ($\bar{x}$)	Standart Sapma (SS)	Ortanca (X_{ort}) (Q1-Q3)	Anlamlılık Düzeyi (P)
Cinsiyet	Kadın	132	74.65	7.59	74.5 (69-80)	T= -1.43, P=0.152*
	Erkek	74	73.08	7.49	73 (69-77)	
Meslek	Hekim	94	76.56	7.53	76 (71-83)	T=2.73, P=0.007*
	Hemşire Ve Ebe	82	73.63	6.55	73.5 (69-77)	
Yaş	25 Yaş Altı	48	74.4	6.26	74 (70-78)	Kruskall Wallis=17.85 P= 0.01
	26-35 Yaş Arası	118	75.4	7.77	75 (70-80)	
	36 Yaş Ve Üstü	40	69.8	6.86	68 (65-73.5)	
Çocuk Varlığı	Var	73	72.15	8.34	70 (65-77)	Mann-Whitney U Testi=3611 P=0.01
	Yok	133	75.15	6.88	74 (71-80)	

*T testi

Tablo 4.16'da görüldüğü üzere; Sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma süresi ile İÇÜFBAÖ puan ortalamalarının değerlendirilmesinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.64$).

Tablo 4.16. Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Süreleri ile İÇÜFBAÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.

Meslekteki Çalışma Süresi	N	X̄	SS	X_{ort} (Q1- Q3)	
5 Yıldan Az	105	74.69	7.26	74.5 (69-80)	Anova Testi=311.700, P=0.64
5-10 Yıl Arası	65	74.61	7.94	73 (70-80)	
10 Yıldan Fazla	37	71.45	7.24	71 (67-76)	

4.4.2. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Puan Ortalaması ile Çİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.17. Sağlık Çalışanlarının Çİ Konusunda Eğitim Alma Durumlarının İÇÜFBAÖ Ortalama Puan Dağılımları.

Çi Eğitim Durumu		N	X̄	SS	X_{ort} (Q1-Q3)	T Değeri, P Değeri
Okul Hayatında Çİ Konusunda Eğitim Alma	Evet	143	75.28	7.68	74 (60-80)	T=3.78, P=0,01*
	Hayır	63	71.36	6.49	72 (66-76)	
Okul Hayatınızdan Sonra Çİ Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	47	75.57	8.34	73 (70-83)	T=1.54, P=0.12*
	Hayır	159	73.64	7.26	74 (68-78)	
Çİ Konusunda Eğitim Almak İsteme Durumu	Evet	184	74.19	7.67	74 (68.5-80)	T=595, P=0.55*
	Hayır	22	73.18	6.44	72 (70-80)	

*T testi

Tablo 4.17'i incelendiğinde, okul hayatında çocuk istismarı konusunda eğitim alan 143 katılımcının Çİ fiziksel belirtileri alt ölçek anket puan ortalaması 75.2±7.68'dir. Eğitim almayan 63 kişinin ortalama puanı 71.63±6.49'dur. Eğitim

alanlar ile almayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.01).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından okul hayatından sonra Çİ konusunda eğitim alan 47 katılımcının Çİ fiziksel belirtileri alt ölçek anket puan ortalaması 75.57±8.34'tür. Eğitim almayan 159 katılımcının ortalama puanı 73.64±7.26'dır. Okul hayatından sonra Çİ konusunda eğitim alanlar ile almayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çİ konusunda eğitim almak isteyen 184 katılımcının İÇÜFBAÖ puan ortalaması 74.19±7.69'dur. Eğitim almak istemeyenlerin puan ortalaması 73.18±6.44'tür. Çİ konusunda eğitim almak isteme durumları İÇÜFBAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.4.3. Sağlık Çalışanlarının İÇÜFBAÖ Anketi Ortalama Puanı ile Çİ Konusundaki Görüşlerin Karşılaştırılması

Tablo 4.18. Sağlık Çalışanlarının Çİ Vakaları ile İlgili Görüşlerine Göre İÇÜFBAÖ Ortalama Puan Dağılımı.

		N	**($\bar{X}$)**	**SS**	**X_{ort} (Q1-Q3)**	**Test Değeri, P Değeri**
Çalışma Hayatında Çİ İle Karşılaşma Durumu	Evet	126	75.29	7.24	75 (70-80)	Mann-Whitney U=4181, P=0,01
	Hayır	80	72.57	7.69	73 (67-78)	
Çİ Göz Önünde Bulundurma Durumu	Evet	197	74.5	7.35	74 (69-80)	Mann-Whitney U=254.500, P=0.01
	Hayır	9	65	6.22	62 (62-65)	
Çİ Ne Olduğunu Bilme Durumu	Evet	202	74.24	7.50	74 (69-80)	T= 2.184, P=0.030
	Hayır	4	66	5.65	64 (62-70)	

Tablo 4.18'e göre çalışma hayatında Çİ ile karşılaşanların İÇÜFBAÖ puan ortalaması 75.29±7.24'tür. Karşılaşmayanların puan ortalaması 72.57±7.69'dur. Çİ ile karşılaşanlar ile karşılaşmayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Çalışma hayatında Çİ gözönünde bulunduran 197 katılımcının ölçek anket puan ortalaması 74.5±7.35'tir. Göz önünde bulundurmadığını söyleyen 9 katılımcının aldığı ortalama puan ise 65±6.22'dir. Bu iki grubun çocuğun istismarının fiziksel belirtileri alt ölçek anketinden aldığı ortalama puan karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$).

Çİ ne olduğunu bilen 202 katılımcının alt ölçek anket puan ortalaması 74.24±7.50'dir. Bilmeyen 4 katılımcının puan ortalaması ise 66±5.65'tir. Bu iki grubun çocuğun istismarının fiziksel belirtileri alt ölçek anketinden aldığı ortalama puan değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır ($p=0.030$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk istismarını tanılama ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metinyurt ve ark.'nın İzmir'de bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmadaki katılımcıların %80'i kadın, %20'si erkektir (129). Markovic ve ark. tarafından Bosna-Hersek'te diş hekimleri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %70'i kadın, %30'u erkektir (130). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların 74'ü (%35.9) erkek, 132'si (%64.1) kadındır. Kadın oranın yüksekliği, kadınların sağlık alanında çalışmayı daha çok tercih ettiğini düşündürtmektedir.

Tekin'in 2018 yılında Antalya Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların %10'u 18-25 yaş, %28.7'si 26-35 yaş, %38.7'i 36-45 yaş, %22.7'si 46 yaş üzerindeydi (124). Gölge ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %68.8'i 28-48 yaş aralığındadır (131). Bizim çalışmamızda katılımcıların %57.3'ü 26-35 yaş aralığındadır.

Kara'nın 2010 yılında Ankara'da hekimlerle yaptığı bir çalışmasında çocuk sahibi katılımcı sayısı %77.3'tür (2). Uldum'un 2016 yılında Danimarka'da diş hekimleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %82.3'ü çocuk sahibidir (132). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %64.6'sı çocuk sahibi değildir. Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması, nöbet tutmaları, yoğun saatler çalışmaları çocuk sahibi olmamalarını etkileyen bir durum olduğunu düşündürtmektedir.

Karabük'te 2018 yılında Özyürek ve ark. tarafından aile hekimleri ve öğretmenlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %14.18'inin çalışma süresi 1-5 yıl, %14.18'inin 6-10 yıl, %70.4'ünün 10 yıl üstüdür (133). Alsaleem ve ark.'nın Suudi Arabistan'da 2018 yılında birinci basamak hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin %69.7'si 5 yıldan az, %9.7'si ise 10 yıldan fazla tecrübeye sahiptir (134). Bizim

çalışmamızda ise, katılımcıların çalışma süresi %50.5'i 5 yıldan az, %31.6'sı 5-10 yıl arasında, %18'i 10 yıldan fazladır.

Uysal'ın 1998 yılında İzmir'de ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında katılımcıların %28.6'sı öğrenimleri sırasında çocuk istismarı konusunda eğitim almış, %71.4'ü eğitim almamıştır (135). Pehlivan'ın 2016 yılında Denizli'de hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %56'sı öğrenimleri sırasında çocuk istismarı konusunda eğitim almıştır (136). Tayvan'da 2015 yılında halk sağlığı merkezleri ve ayaktan tedavi kliniklerinde görev yapan 588 hemşireyle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık üçte biri öğrenimleri sırasında eğitim almıştır (137). Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının %69.4'ü öğrenimleri sırasında çocuk istismarı konusunda eğitim almıştır. Yıllara göre verilen eğitimlerin arttığını görmekteyiz.

Gölge ve ark.'nın çalışmasında hekimlerin %96.4'ü, hemşire-ebelerin ise, %94.9'u şüpheli çocuk istismarı vakalarını adli makamlara bildireceği saptanmıştır. Elarousy'in 2019 yılında Cidde'de hemşirelerle yaptığı bir çalışmada katılımcıların şüpheli çocuk istismarı vakalarını bildirme oranı %80.7'dir (138). Bizim çalışmamızda katılımcıların %76.4'ü çocuk istismarı vakalarının yeterince bildirilmediği söylemiştir.

Kamiloğlu'nun 2018 yılında Ankara'da görev yapan aile hekimliği asistanları ile yaptığı çalışmasında şüpheli çocuk istismarı vakalarının bildirilmemesinin nedeni olarak katılımcıların %45.5'i bu konu hakkında yeterli bilgi ve tecrübesinin olmaması olarak saptandı (139). Olatosi ve ark.'nın 2018 yılında Nijerya'da diş hekimleri ile yapılan çalışmasında, şüpheli çocuk istismarı ile karşılaşıldığında bildirim yapılmama nedenleri olarak, %65.4 sevk prosedürlerinde bilgi eksikliği olması, %59.2 gizlilik konusunda endişe duyulması ve %57.5 çocuğa olan sonuçlarından korkulmasıdır (140). Elarousy'in çalışmasında şüpheli çocuk istismarı vakalarını bildirilmemesinin nedeni ise katılımcıların %78.6'sının çocuğun istismar edildiğinden emin olmamaları olarak tespit edilmiştir (138). Çalışmamızda çocuk istismarının yeterince bildirilmemesinin nedenine ise %64.1 katılımcı bu konu hakkında yeterli bilgi sahibi

olunmadığını söylemiştir. Bu bulgulara göre verilen eğitimlerin yetersiz olduğunu, istismarın tanılanmasında bilgi eksikliği olduğunu düşündürtmektedir.

Arıkan ve ark.'nın 2000 yılında yaptığı çalışmada şüpheli çocuk istismarı vakalarında hemşirelerin %69'u polise bildireceklerini belirtmiştir (141). Türker'in çalışmasında şüpheli çocuk istismarı vakalarında yapılacak müdahaleye katılımcılar en fazla (%43.8) polise haber vereceğini söylemiştir (120). Yılmaz'ın 2019 yılında hemşirelerle yaptığı çalışmada şüpheli çocuk istismarı ile karşılaşıldığında ilk yapılacak müdahaleye %47.2'si polise haber veririm şeklinde cevap vermiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekildedir. Polise haber veririm diyen katılımcılar %55.3'tür.

Çetin ve ark.'nın çalışmasında aile hekimlerinin çocuk istismarı olgularında en zorlandıkları konu yasal süreçtir (142). Yılmaz'ın çalışmasında katılımcıların en zorlandığı konu öykü alma olarak tespit edimiştir (143). Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının en zorlandığı konu öykü alma (%69.2) ve ikinci en zorlanılan konu yasal süreçtir. Sağlık çalışanlarının çocuk istismar olgularına tanı konulması ve çocuğun korunmasına yönelik yasal süreçleri iyi bilmediğini düşündürtmektedir.

Uysal'ın çalışmasında çalışma hayatında çocuk istismarı vakaları ile karşılaşanların sayısı %41.8'dir (135). Türker'in 2017 yılında Burdur'da aile hekimi, ebe, hemşirelerle yaptığı çalışmada çalışma hayatında çocuk istismarı ile karşılaşanların sayısı %43.1'dir (120). Pehlivan'ın 2016 yılında Denizli'de hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptığı çalışmada katılımcıların %75.6'sı çocuk istismarı vakası ile hiç karşılaşmamıştır (136). İrlanda'da hekim, hemşire ve diş hekimlerinden oluşan 419 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %60'ı şüpheli çocuk fiziksel istismarı ile karşılaştığı saptanmıştır (144). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %61.2'si çocuk istismarı ile karşılaşmıştır. Sağlık çalışanları istismar vakaları ile karşılaşma ihtimali yüksek olan bir meslek grubudur. Bu nedenle sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir.

Yılmaz'ın çalışmasında en çok karşılaşılan çocuk istismarı olgusu fiziksel istismardır (143). Sarıyar'ın 2019 yılında Van'da sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada fiziksel istismar en sık karşılaşan istismar türü olarak saptanmıştır (%29.3)

(145).Bizim çalışmamızda da en çok karşılaşılan olgu fiziksel istismar ve ikinci sıklıkta duygusal istismardır. Fiziksel istismarın diğer istismar olgularına göre daha kolay tanımlanabilmektedir. Ancak bu durum diğer istismar türlerinin tanısının atlanabileceğini düşündürtmektedir.

Yıldırım'ın 2018 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversite Hastanesinde ebeveynlerle yaptığı bir çalışmada çocuk istismarını bilen katılımcı sayısı %96.3'tür (146).Tayvan'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada çocuk istismarını bilen katılımcı sayısı %4.6'dır (137). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların neredeyse tamamı (%98.1) çocuk istismarının ne olduğunu bilmektedir. Bu da farklı kültür ve coğrafyalarda çocuk istismarı algısının farklı olduğunu düşündürtmektedir.

Kocaer'in 2006 yılında İstanbul'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin tümünde görev yapan hekimler ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında çocuk istismarı vakasıyla karşılaşma durumu değerlendirildiğinde, hekimlerin vakayla karşılaşmaları hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (121). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde bulunmuştur. Hekimler ile hemşire/ebelerin çalışma hayatında çocuk istismarı ile karşılaşmalarını kıyasladığımızda, hekimlerin hemşire/ebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hekimlerin hemşirelerden farklı olarak poliklinik hizmeti vermeleri ve ilk muayenelerini sıklıkla hekimlerin yapıyor olması karşılaşma ihtimallerinin arttırdığını düşündürtmektedir.

Kocaer'in çalışmasında öğrenimleri sırasında çocuk istismarı konusunda eğitim alma düzeyi hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (121). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da, mesleklere göre okul hayatında çocuk istismarı konusunda eğitim alma durumları değerlendirildiğinde; hekimlerin hemşire/ ebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmektedir.

Kaya'nın 2019 yılı doktora tez çalışmasında, üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçeğinin puan ortalaması 3.87±0.39 olarak bulunmuştur (147). Başdağ'ın 2018 yılında Kayseri'de bir hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin istismarın çocuktaki fiziksel

belirtileri alt ölçeğinin puan ortalaması 2.09±0.40 olarak bulunmuştur (148).Bizim çalışmamızda da, İÇÜFBAÖ puan ortalaması 3.89±0.39 olarak bulunmuştur. Bu değere göre sağlık çalışanlarının çocuk istismarı tanılamasında bilgi eksiklikleri olduğunu söyleyebiliriz.

Yükseler'in Malatya ilinde çalışan sağlık personelleri ile yaptığı doktora tezi çalışmasında, İÇÜFBAÖ'de hekimlerin aldığı puan ebe ve hemşirelerin aldığı puandan anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (110). Metinyurt'un bir devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada; hemşire ve hekimler arasındaki karşılaştırmada hekimlerin istismarın fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde hemşirelerin puanlarından yüksek olarak bulunmuştur (129). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, hekimler ile hemşire ve ebelerin İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hekimlerin ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Hekimlerin istismarın fiziksel belirtileri konusundaki bilgi düzeylerinin hemşire/ebelerden daha yüksek olmasının aldıkları tıp eğitimi ile ilgili olabileceğini düşünmekteyiz.

Şan ve ark.'nın 2019 yılında 112'de çalışan sağlık personelleri (att, paramedik, doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru) ile yaptığı bir çalışmada, cinsiyete göre İÇÜFBAÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, kadın ve erkeklerin benzer puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür (149). Gölge ve ark.'nın 2012 yılında İstanbul'da hekim, hemşire ve ebelerden oluşan sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada ise, cinsiyete göre İÇÜFBAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (131). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da İÇÜFBAÖ puan ortalamalarının kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kadın ve erkeklerin bilgi düzeylerinin benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Metinyurt'un çalışmasında İÇÜFBAÖ puan ortalaması çocuk sahibi olanlarda 3,85±0,32, çocuk sahibi olmayanlarda 3,67±0,38 olarak bulumuştur. Çocuk sahibi olanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (129). Şan ve ark.'nın çalışmasında ebeveyn olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların alt ölçek puan ortalamasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark bulunamamıştır (149). Bizim yaptığımız çalışmada ise; çocuğu olmayan katılımcıların İÇÜFBAÖ puan ortalaması 3.95±0.36, çocuğu olanların puan ortalaması 3.79±0.43 olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları çocuk sahibi olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$).

Kılıçaslan ve ark'nın 2020 yılında Şanlıurfa'da eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastanelerde çalışan pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarından oluşan katılımcılar ile yaptığı bir çalışmada, hekimlerin meslekte geçirdikleri süre ile İÇÜFBAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (150). Gölge ve ark.'nın çalışmasında çalışma sürelerine göre İÇÜFBAÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, meslekteki çalışma süresi ile alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (131). Bizim çalışmamız da benzer şekildedir. Sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma süresi ile İÇÜFBAÖ puan ortalamaları değerlendirilmesinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Şan ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların yaş gruplarına göre alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (149). Türkkan ve ark.'nın 2019 yılında Gümüşhane Üniversitesi'nde öğrencilerle yaptığı bir çalışmada yaşlara göre İÇÜFBAÖ puan ortalaması değerlendirildiğinde yaşın artmasıyla alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (151). Bizim çalışmamızda da yaş grupları ile alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır. Katılımcılarımızın çoğunluğunu genç yaş grubunun oluşturması ve çocuk istismarını daha geniş perspektifte değerlendirdiklerini düşünmekteyiz.

Kaya'nın çalışmasında, katılımcılardan üniversitede eğitim gördüğü sürede çocuk istismarı konusunda eğitim/bilgi alanların istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamaları almayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (147). Kılıçaslan ve ark.'nın çalışmasında, mezuniyet öncesi çocuk istismarı konusunda eğitim alanların İÇÜFBAÖ'den aldıkları toplam puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (150). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde bulunmuştur. Okul

hayatında çocuk istismarı konusunda eğitim alan katılımcıların İÇÜFBAÖ puan ortalaması 3.95±0.40'tır. Eğitim almayanların ortalama puanı 3.77±0.34'tür. Eğitim alanlar ile almayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Eğitimin çocuk istismarı konusunda farkındalığı arttırdığını düşünmekteyiz.

Yükseler'in çalışmasında, mesleğe başladıktan sonra eğitim alma ve almama durumuna göre yapılan karşılaştırmada, eğitim alanlar ile almayanların İÇÜFBAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (110). Bilgiç'in 2015 yılında Denizli'de aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerle yaptığı doktor tezi çalışmasında, meslek hayatına başladıktan sonra çocuk istismarı ile ilgili eğitim alanlar ile almayanların alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır (152). Bizim çalışmamızda da, okul hayatından sonra çocuk istismarı konusunda eğitim alanlar ile almayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kılıçaslan ve ark.'nın çalışmasında çocuk istismarı ile karşılaşıp karşılamama durumuna göre İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (150). Kaya'nın çalışmasında, araştırmaya katılan katılımcıların yaşamları boyunca herhangi bir çocuk istismarı vakası ile karşılaşanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaşmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (147). Bizim çalışmamızda da Kaya'nın çalışmasına benzer şekilde çocuk istismarı ile karşılaşanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları karşılaşmayanların aldıkları puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). İstismarı tanımlayabilmek açısından, vaka ile daha önceden karşılaşmış olmanın önemli olduğunu görmekteyiz.

Kaptan'ın 2017 yılında Trabzon'da il merkezindeki pediatri kliniklerinde görev yapan hekim ve hemşirelerle yaptığı bir çalışmada, çocuk istismarını göz önünde bulunduranlar ile bulundurmayanların İÇÜFBAÖ'den aldıkları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (153). Yükseler'in

çalışmasında da katılımcıların çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismarını göz önünde bulunduranlar ile bulundurmayanların İÇÜFBAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır (110). Aksine bizim çalışmamızda çocuk istismarını gözönünde bulunduran katılımcıların alt ölçek anket puan ortalaması 3.92±0.38'dir. Göz önünde bulundurmayan katılımcıların aldığı puan ortalaması ise 3.42±0.32'dir. Çocuk istismarını göz önünde bulunduranların alt ölçek puanı bulundurmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bilgiç'in çalışmasında çocuk istismarı konusunda eğitim almak isteyen katılımcılar ile almak istemeyen katılımcıların İÇÜFBAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır (152). Demir'in 2013 yılında Edirne'deki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerle yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir (154). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

5.1.Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Covid 19 pandemisinin yaşandığı bir dönem olması ve sağlık çalışanlarının bulaş riski konusunda endişelerinin olması nedeniyle çalışmamıza katılım sınırlı olmuştur.

2. Çalışmamızın sadece üniversite hastanesinde sınırlı olması verilerimize de yansımıştır. Daha fazla katılımcıyla geniş ölçekte çalışmalar yapılması önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk istismarı yeterince üzerinde durulmayan, gerçek boyutları bilinmeyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çocuk istismarı olgularının çeşitli nedenlerle gizlenmesi, inkâr edilmesi, risk faktörlerinin bilinmemesi, sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgilerinin yetersizliği, zarar görecekleri düşüncesi, yasal süreçlerde yaşanan zorluklar vb. nedenlerle tanısı atlanmakta veya gecikmektedir. Bu nedenle çocuk istismar vakaları yeterince açığa çıkamamakta ve çocuğun alması gereken tedavi ve rehabilitasyon süreci de gecikmektedir. Çocuğun bedensel, ruhsal ve psiko-sosyal açıdan yaşam boyu sürecek ciddi örselenmelerine hatta ölümlerine neden olabilen çocuk istismarı, önlenmesinde ve tanı almasında sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse tamamı istismarın ne olduğunu bilmektedir. Büyük bir kısmı çocuk istismarı olgusu ile karşılaşmış ve en çok karşılaştıkları istismar olgusu fiziksel istismar ve duygusal istismardır. Okul döneminde çocuk istismarı konusunda eğitim alan katılımcı %69.4 iken, sonrasında eğitim alan %22.8'dir. Katılımcıların %76.2'si olguların yeterince bildirilmediğini düşünüyor iken ve en sık neden ise bu konu hakkında yeterince bilgi sahibi olunmamasıdır. En zorlanılan konular ise öykü alma ve yasal süreçtir. Yapılacak ilk müdahale ise en çok polise haber vermek iken en az istismarcıyla konuşmak şeklindedir. Okul öğrenimi sırasında eğitim alanlar almayanlara göre çocuk istismarını daha çok göz önünde bulunduruyor. Okul hayatında eğitim alan hekimlerin oranı hemşire/ebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk istismarı ile karşılaşan hekimler karşılaşan hemşire/ebelere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk istismarının fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek anketinden hekimlerin aldığı ortalama puan 76.56 ±7.5 iken, hemşire ve ebelerin puan ortalaması 73.63 ±6.5'dir. Hekimlerin alt ölçek bilgi düzeyi hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Sağlık çalışanlarının 26-35 yaş grubunun, çocuğun sahibi olmayanların, okul öğrenimi sırasında eğitim alanların, çocuk istismarı ile karşılaşanların, çocuk istismarını göz önünde bulunduranların ve çocuk istismarını bilenlerin İÇÜFBAÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Sağlık çalışanlarının bilgi durumunun yeterli düzeyde olmadığı saptandı. Hem okul öğrenimi sırasında hem de sonrasında verilen eğitimlerin yetersiz olduğu görüldü. En çok zorlandıkları konular öykü alma ve yasal süreçlerin olduğu tespit edildi. Çocuk istismarının önlenebilmesinde en önemli adımlardan biri risk faktörlerinin doğru tespit edilebilmesidir. Bu nedenle aile hekimleri hasta kayıt sistemleri ile hastalarını uzun süreli takip edebilmekte ve olası risk faktörlerini gözlemleyebilmektedir. Aile hekimleri ve diğer tüm sağlık çalışanları, çocuk istismarı olgularının tespitinde risk faktörlerini ve istismarın bulgularını tanımlayabilecek, yasal sürecin işleyişini yönlendirebilecek yeterlilikte bilgi sahibi olmalıdır. Bu nedenle hekimlerin ve diğer tüm sağlık çalışanlarının farkındalık ve bilgi düzeylerinin arttırılması için, okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı konusunda yeterli düzeyde ders eklenmeli, okul sonrasında düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır. Şüpheli çocuk istismar vakalarında çocuğa nasıl yaklaşım da bulunulacağı konusunda, yasal sorumluluklar ve sürecin nasıl işleyeceği konusunda farkındalıkları artırılmalıdır. Birinci basamakta riskli çocukların sık aralıklarala takibi yapılmalıdır. Çocukların Korunması ile ilgili yasalar hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır. Aileye sosyal destek sağlanmalıdır. Okul müfredatlarına çocuk istismarı ile ilgili dersler eklenmelidir. Çocuğun istismardan korunmasında, tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Kitle iletişim araçları ve medya üzerinden bu konu ile ilgili farkındalık oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu A. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2000;3(2).
2. Kara ÖY, Suskan ETD. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010.
3. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fürniss T. Preventing child maltreatment. A Guide to Taking Action Generating Evidence Geneva: World Health Organization. 2006.
4. Aral N. Fiziksel istismar ve çocuk. Işık Z, editor: Tek Işık Veb Ofset Tesisleri, Ankara; 1997.
5. Behrman RE, Vaughan III VC. Nelson textbook of pediatrics: WB Saunders company; 1983.
6. Dünya Sağlık Örgütü Durum Raporu 2003.
7. Kurumu Tİ. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2015-2019 2020 [cited 2021 02 Şubat]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2015-2019-33632.
8. Fund UNICsE. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu 2010 [cited 2021 02 Şubat]. Available from: https://www.unicef.org/turkey/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010.
9. Christoffersen MN, DePanfilis D. Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study Prevention of Child Abuse Neglect. 2009;18(1):24-40.

10. Tahiroglu A, Avci A, Çekin N. Çocuk istismari, ruh sagligi ve adli bildirim zorunlulugu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:1-7.

11. Aktaş Altunsu B. Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk Istismar ve Ihmalini Tanıyabilmeleri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2004.

12. Sağlam M, Aral N. Tarihsel süreç içerisinde çocuk ve çocukluk kavramları. Çocuk ve Medeniyet Dergisi. 2016;1(2):43-56.

13. Postman N. Çocukluğun yokoluşu. Ankara, İmge yayınları. 1995.

14. Akyüz E. Çocuk hukuku: Ankara: Pegem Akademi; 2012.

15. Dirican R. Tarihi süreçte çocukluk ve çocuk hakları. Çocuk ve Gelişim Dergisi 2018;2(2):51-62.

16. Özcan Ö. Orta Çağ'dan erken modern döneme çocukluğun tarihsel gelişimi. Çocuk ve Medeniyet Dergisi. 2017;2(4):91-126.

17. Aksoy İ. Türklerde aile ve çocuk eğitimi. Journal of International Social Research. 2011;4(16).

18. Ay ME. İslam hukuku kaynaklarına göre, pedagojik açıdan çocuk eğitiminde dayak cezasına getirilen sınırlamalar. 1991;3(3).

19. Güçlü S. Çocukluk ve çocukluğun sosyolojisi bağlaminda çocuk haklari. Sosyoloji Dergisi. 2016(1ozel):1-22.

20. Özer Taşkın ÖY, Erişgin NTD. Velayette Çocuğun Yüksek Yararı İlkesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir; 2006.

21. Akbaş E, Topçuoğlu RA. Modern çocukluk paradigmasinin oluşumu-eleştirel bir değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2009;20(1):95-104.

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

23. Oral R, Yavuz Ş, Can D, Kutlugün A, Genç I. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde çocuk istismarı sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1997;22(2):137-44.

24. YK K. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. Katkı Pediatri Dergisi. 2001;22(3).

25. Lazoritz S. Whatever happened to Mary Ellen? Child Abuse Neglect. 1990;14(2):143-9.

26. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı: Seçkin; 2007.

27. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. Child Abuse Neglect. 1988;12(1):3-23.

28. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Sevim,(2004),“. 2004.

29. Koschaker P, Ayiter K. Roma özel hukukunun ana hatları. Ankara Ünİversİtesİ Hukuk FakültesİYayinlari: Sevinç Matbaası; 1993.

30. Aydınlık AY, Talas MTD. Çocuk Haklarının Gelişiminde Okul Öncesi Eğitiminin Yeri ve Önemi: "Ankara Örneği" [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde; 2017.

31. Akyüz E. Çocuk hakları sözleşmesinin temel ilkeleri ışığında çocuğun eğitim hakkı. Milli Eğitim Dergisi Ankara: Pegem Akademi. 2001;151(1):445-55.

32. Dağ H, Doğan M, Sazak S, Kaçar A, Yılmaz B, Doğan A, et al. Çocuk haklarına güncel yaklaşım. Cukurova Medical Journal. 2015;40(1):1-5.

33. Yüksel H, Yüksel M. Çocuk ihmali ve istismarı bağlamında Türkiye’de çocuk gelinler gerçeği. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2014;5(2):1-24.

34. Ummanel A. Türkiye Himaye-i Etfal Cemiyeti yayınlarından bir kartpostalın çocuk hakları bağlamında incelenmesi. İlköğretim Online Dergisi 2017;16(1).

35. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. Van Tıp Dergisi. 2010;17(3):108-13.

36. Öztan BJATK. Türk Medeni Kanunu. 2002.

37. Polat O. Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı. Cumhuriyet ve Çocuk. 1999;2:517-33.

38. Polat OJİÇKBkUM, İstanbul. İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu. 1. 2000:15-36.

39. Göker Z, Aktepe E, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(4):15-21.

40. Organization WH. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence 2006 [cited 2021 09 Şubat]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1.

41. Organization WH. Global status report on preventing violence against children 2020. 2020.

42. Health UDo, Services H, Health UDo, Services H. Administration for children and families, administration on children, youth and families, children's bureau. Child Maltreatment. 2012;685:43.

43. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15.

44. Kurumu Tİ. Yaş Gruplarına Göre Fiziksel veya Cinsel Şiddet Yaygınlığı: Türkiye İstatistik Kurumu; 2015 [cited 2021 08 Şubat]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=%C5%9Fiddet.

45. Hizmetler BS, Kurumu ÇE, Unicef UJSv. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. 2010.

46. Akçe İ, Doğan H. Cinsel istismara maruz kalmış çocuklar üzerine bir değerlendirme. Sosyal Çalışma Dergisi. 2020;4:12-20.

47. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(2):95-119.

48. Güneş Aslan G. Türkiye'de adli değerlendirmeden geçen çocuğa yönelik cinsel istsmar vakalari hakkinda bir değerlendirme. Electronic Journal of Social Sciences. 2020;19(73).

49. Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(1):129-39.

50. Örgütü DS. Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi:bu konuda harekete geçilmesine ve kanıt toplanmasına yönelik bir kılavuz 2006 [cited 2021 02 Şubat]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y.

51. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi. 2001;151(5):27-54.

52. Ünsal A. Çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etmen olarak aile. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 1998;14(3):301-15.

53. Kurumu TD. Türk Dil Kurumu Sözlüğü 2016 [cited 2021 09 Şubat]. Available from: https://sozluk.gov.tr/.

54. Kars Ö. Çocuk Istismarı ve Ihmalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkileri [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara; 1994.

55. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;9(1).

56. Qasem FS, Mustafa AA, Kazem NA, Shah NM. Attitudes of Kuwaiti parents toward physical punishment of children. Child abuse neglect. 1998;22(12):1189-202.

57. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22(1):15-34.

58. Dağlı T. Çocuğa yönelik şiddet ve çocuğun korunmasi 2015 [cited 2021 03 Şubat]. Available from: http://humanistburo.org/dosyalar/humdosya/Cocuga%20Yonelik%20Siddet%20ve%20Cocugun%20Korunmasi.pdf#page=32.

59. Lane W, Bair-Merritt M, Dubowitz H. Child abuse and neglect. Scandinavian Journal of Surgery. 2011;100(4):264-72.

60. Yücel Beyaztaş F, Özen B, Bütün C. Fiziksel çocuk istismarının incelenmesi. Medicine Science. 2014;3(2):1315-31.

61. Dokgöz H, Kar H. Çocukta cinsel istismar. Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi. 2017;3(3):169-74.

62. Erkut Z, Gözen D. Hemşirelerin gözünden fiziksel İstismar: İpucu bulguları nasıl tanırız? Hemşirelikte Eğitim ve Araştirma Dergisi. 2019;16(1):54-9.

63. Koç F, Halıcıoğlu O, Akşit S. Hangi bulgular fiziksel istismarı düşündürür. The Journal of Pediatric Research. 2014;1(1):1-5.

64. Yücel Beyaztaş F, Özen B, Bütün C. Fiziksel çocuk istismarının incelenmesi. Medicine Science. 2014;3(2):1315-31.

65. Dağlı ET, İnanıcı MA. İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı2011. 42 p.

66. Kaytez N, Yücelyiğit S, Kadan G. Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;1(1):18-24.

67. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Akkan A, Ferhat İ. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(4):591-614.

68. Carbaugh SF. Understanding Shaken Baby Syndrome. National Neonatal Nurses Association. 2004;4(2):105-17.

69. Gheis S, Mayer R. [Munchausen syndrome]. La Clinica terapeutica. 2000;151(5):351-5.

70. Unal EO, Unal V, Gul A, Celtek M, Dıken B, Balcıoglu İ. A Serial Munchausen Syndrome by Proxy. Indian journal of psychological medicine. 2017;39(5):671-4.

71. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen Syndrome by Proxy. Current Opinion in Pediatrics. 2005;17(2):252-7.

72. Beyazova U, Şahin F. The hospital child protection teams in approaching issues of child abuse and neglect. Turkish Archives of Pediatrics. 2007;42(Supp: 1):16-8.

73. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E, et al. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. Anadolu Psikiyatr Dergisi. 2011;12:55-61.

74. Uytun MÇ, Yılmaz R, Öztop DB, Özdemir Ç. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin kendine zarar verme, intihar davranışı ve psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine. 2016;21(3):137-43.

75. Soylu N, Şentürk Pilan B, Ayaz M, Sönmez S. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2012;13(4).

76. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Neglect. 2006;30(3):247-55.

77. Snyder HN. Sexual assault of young children as reported to law enforcement: Victim, incident, and offender characteristics: A statistical report using data from the national incident-based reporting system: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice …; 2000.

78. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Dergisi. 2014;15(2):194-201.

79. Keskin G, Olcay Ç. Çocuk cinsel istismarina psikodinamik bakiş açisi ve hemşirelik yaklaşimi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2005;21(2):191-208.

80. Erdoğan A. Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2):132-60.

81. Alay IDC, Polat O. Pedofili nedir, ne değildir? Türkiye Biyoetik Derneği Yayını2012. 208-2016 p.

82. Ertur E, Yayci N. Erkek mağdur açisindan ensest. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(3):25 32.

83. Baran AG, Erbaydar NP. Yasak cinsel ilişki: Ensest.

84. Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA. Rutter's child and adolescent psychiatry: John Wiley & Sons; 2017.

85. İbiloğlu AO, Atlı A, Oto R, Özkan M. Ensest ve çocukluk çağı cinsel İstismarı. Şiddet ve Travmaya Psikiyatrik Bakış.

86. Şahin F, Taşar MA. Cinsel istismar ve ensest. Türk Pediatri Arşivi. 2012;47(3):159-64.

87. Sezgin AU. Ensestin Psikososyal ve Adli Yönden İncelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul; 1993.

88. Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos AJJof. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. Journal of Forensic Legal Medicine. 2009;16(8):455-9.

89. Gencer Ö, Özbek A, Özyurt G, Kavurma C. Çocuk ve ergenlerde aile dışı ve aile içi cinsel istismar olgularının karşılaştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016;17(1).

90. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. Child Abuse Neglect. 1998;22(9):915-29.

91. Lu Y-C, Lung F-W. Perceived parental attachment, personality characteristics, and cognition in male incest. International Journal of Offender Therapy Comparative Criminology. 2012;56(4):557-72.

92. Finkel KC. Sexual abuse and incest. What can you do? Canadian Family Physician. 1994;40:935.

93. Öztürk AB. Çocuğun cinsel istismari ve aileyle çalişma. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2009;20(2):89-98.

94. Polat O. Çocukta cinsel istismar. Adli Tıp, Der Yayınları. 2000:207-31.

95. Çetin K, Altıner H. Cinsel İstismara uğramış çocukların sosyodemografik değerlendirilmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Dergisi. 2019;1(2):135-47.

96. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Çocuk hakları İhlali: Cinsel İstismar. Journal of Academic Research in Nursing (JAREN). 2017;3(1):57-60.

97. Yiğit R. Çocuklarin cinsel istismari ve ensest. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8(3):90-100.

98. Çeçen AR. Çocuk cinsel istismarı: Sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2007;1:1-17.

99. Adalı NY, Erden GTD. 10-12 Yaş Grubu Çocuk İstismarı Ebeveyn ve Çocuk Bilgilendirme Çalışması [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2007.

100. Arslan G, Balkis M. Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. Sakarya University Journal of Education. 2016;6(1):8-22.

101. Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. Osmangazi Tıp Dergisi. 2016;38(2):18-27.

102. Kütük MÖ, Bilaç Ö. Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. Turkiye Klinikleri Dergisi. 2017;3(3):181-7.

103. Arslan R. Çocukluk dönemi duygusal istismarı ile depresyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne ilişkin bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2016;19(4):202-10.

104. Kalayci S, Çiçek E. Çocuk haklarinin ihlali ve çocuğun ekonomik İstismari. Sosyal Hizmet Sempozyumu. 2013, 28-30 Kası, Kocaeli.

105. Organization IL. Global estimates of child labour: Results and trends, 2012-2016. GENEVA, 2017.

106. Kurumu Tİ. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2019 2020 [cited 2021 02 Şubat]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuk-Isgucu-Anketi-Sonuclari-2019-33807.

107. Aykaç HB. Hukuksal açıdan çocuk ve genç işçiliği. Türkiye Barolar Birliği Dergisi. 2015(116):335-86.

108. Kara ÖY, Suskan ETD. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk Istismarı ve Ihmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010.

109. Kefeli HY, Haktanir GTD. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Davranışları ile Kurum Personelinin Konuya İlişkin Görüşleri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2016.

110. Yükseler AY, Oruç MTD. Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya; 2020.

111. Yolcu H. İstismara uğramiş çocuğa eğitim ortaminda yaklaşim: Rehber öğretmenin rolü. Eğitim Bilim Toplum. 2011;7(25):62-92.

112. Yolcuoğlu İG. Çocuklarin ihmal-istismara uğramasinda aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 2010;21(1):73-83.

113. Runyan D. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Report on Violence and Health. 2002.

114. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: a review. Current Epidemiology Reports. 2020:1-9.

115. 5 LCP-STM. Risk Factors of Child Abuse and Neglect 2016 [cited 2021 25 Şubat]. Available from: https://childadvocacy.iowa.gov/sites/default/files/documents/2017/01/module_5_handout_4_risk_factors_activity_-_copy.pdf.

116. Pala B, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Child maltreatment: Abuse and neglect. Dicle Tip Dergisi. 2011;38(1).

117. Child and Family Research Partnership TUoTaA. The Evidence Base: Child Maltreatment Risk Factors 2019 [cited 2021 25 Şubat]. Available from: https://childandfamilyresearch.utexas.edu/sites/default/files/0419_EB_Child Welfare.pdf.

118. Yalçın NY, Uslu KTD. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.

119. Selçuk ED, Karadeniz H. Çocuk İstismarına yol açan ailesel nedenler ve çocuğun korunmasına yönelik önlemler. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2020;1(Ocak-Nisan).

120. Türker G. Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk Istismarı ve Ihmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

121. Kocaer ÜY, Kuğuoğlu Sİ, Mehmet Akif Tez Danışmanı. Hekim Ve Hemşirelerin Çocuk Istismarı ve İhtimaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Marmara Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2006.

122. Kabanlı A. Aile Hekmliğinde Yeni Gelişmeler Ve Anne-Çocuk Sağliği Üzerine Etkileri 1. Ulusal Pediatri Kongresi 13-16 Ekim 2010, Kuşadası [cited 2021 01 Mart]. Available from: http://www.sosyalpediatri.org.tr/uploads/spd_5b4f957257375.pdf.

123. Selçuk ED, Karadeniz H. Çocuk İstismarına yol açan ailesel nedenler ve çocuğun korunmasına yönelik önlemler. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2020(1).

124. Tekin HH, Kiliç AK. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.29(2):85-94.

125. Dağlı T, İnanıcı M. Üniversiteler için hastane temelli çocuk koruma merkezleri el kitabı 2010 [cited 2021 11 Şubat]. Available from: https://docplayer.biz.tr/3205016-Universiteler-icin-hastane-temelli-cocuk-koruma-merkezleri-el-kitabi.html.

126. Tahiroglu AY, Avci A, Çekin N. Çocuk istismari, ruh sagligi ve adli bildirim zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9(1):1.

127. Türk Ceza Kanunu 2004 [cited 2021 03 Mart]. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html.

128. Aydemir İ, Yurtkulu F. Çocuğa yönelik cinsel istismarla mücadelede: Çocuk İzlem Merkezi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(2):151-65.

129. Metinyurt HAI, Sari HY. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet Dergisi. 2016;1(1):101-21.

130. Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A, et al. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. Materia socio-medica. 2015;27(6):372.

131. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi. 2012;26(2):86-96.

132. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Haubek D. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. Acta odontologica Scandinavica. 2017;75(5):332-7.

133. ÖzyürekK A, Çetin A, Yıldırım R, Researches SS. Aile hekimi ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki görüş ve tutumları. Itobiad: Journal of the Human. 2018;7(1).

134. Alsaleem SA, Alsaleem MA, Asiri AM, Alkhidhran SS, Alqahtani WSS, Alzahrani MS, et al. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary health care physician in Abha, Saudi Arabia, 2018. Journal of family medicine and primary care. 2019;8(2):706-10.

135. Uysal A, Erefe İ. Çocuk Istismarı Ve Ihmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir; 1998.

136. Pehlivan GTY, Turan TTD. Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Bu Konuda Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

137. Chen YW, Huang JJ, Lu TH, Feng JY. Clinical competency in child maltreatment for community nurses in Taiwan. International Journal of Nursing Practice. 2015;21:21-6.

138. Elarousy W, Abed S. Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2019;25(6):413-21.

139. Kamiloğlu M. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]: Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

140. Olatosi OO, Ogordi PU, Oredugba FA, Sote EO. Experience and knowledge of child abuse and neglect: A survey among a group of resident doctors in Nigeria. The Nigerian postgraduate medical journal. 2018;25(4):225-33.

141. Arikan D, Yaman S, Çelebioğlu A. Çocuk ihmali ve istismari konusunda hemşirelerin bilgileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2000;3(2).

142. Çetin E, Koç EM, Aksoy H. İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının çocuk İstismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30(1):9-17.

143. Yılmaz B, Çalışkan D. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu. 2015;4(2):78-89.

144. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. Journal Of Advanced Nursing. 2006;56(3):227-36.

145. Sarıyar AY, Avcı DKTD. Van İlinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van; 2019.

146. Yıldırım İY, Ünlüoğlu İTD. Ebeveynlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeyleri [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]: Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir; 2018.

147. Kaya MHY, Köse STD. Üniversite Öğrencilerinin Çocuk Istismar ve Ihmaline Yönelik Farkındalıkları [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]: Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

148. Başdaş Ö, Bozdağ F. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarının belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;11(3):267-75.

149. İshak Ş, Bekgöz B, Özkan EU. 112'de görev yapan sağlık personelinin çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalık düzeyleri: Ankara Örneği. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2019(13):90-106.

150. Kiliçaslan F, Güngören S, Gökçeoğlu S, Ayaydin H. Şanlıurfa ilinde görev yapan pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;17(3):330-4.

151. Türkkan T, Çakici AB, Bülbül K. Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi: Gümüşhane Üniversitesi Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2020;31(2):368-88.

152. Bilgiç HY, Özşahin ATD. Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk Istismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlik Tezi]: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

153. Kaptan D. Trabzon il merkezindeki pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk İstismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku ve Tarihi Dergisi. 2017;28(2).

154. Demir HY, Çaylan ATD. Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk Istismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne; 2013.