



Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği

Levels Of Awareness In Family Doctors, Nurses And Midwives Regarding Child Abuse And Neglect: Sample Of Burdur

Aliye Mavili^{1,*}, Gülnihal Türker²

¹ Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Emekli Öğretim Üyesi, ORCID: 0000-0003-2910-5925.

² Sosyal Hizmet Uzmanı, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıkli Hayat Merkezi, ORCID: 0000-0001-9339-1343.

Sosyal Çalışma Dergisi (2022) 6 (1), 41-58

Copyright © 2022 İZU

YAYIN BİLGİSİ

Yayın geçmişi:

Gönderilen tarih: 25 Nisan 2022

Kabul tarihi: 13.06.2022

Yayınlanma tarihi: 22.06.2022

Anahtar kelimeler:

Farkındalık düzeyi

İstismar

İhmali

Aile hekimi

Hemşire

Keywords:

Awareness level

Abuse

Neglect

Family doctor

Nurse

ÖZ

Bu çalışma; çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında önemli rolü olan, aile hekimleri, hemşire ve ebelerin konu ile ilgili bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma evrenini ve örneklemini; Burdur ilindeki Aile Sağlığı Merkezleri oluşturmuştur. Araştırma verileri; araştırmacı tarafından hazırlanan özgün bir "Anket Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu" kullanılarak elde edilmiştir. Hazırlanan anket ve ölçek araştırmacı tarafından yüz yüze yöntemle doldurulmuştur. Aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve riskleri tanıma genel ölçek puanları ortalaması $4,11 \pm 0,34$ iken; hemşire ve ebelerin genel ölçek puanları ortalaması $3,88 \pm 0,37$ olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanıma ölçeği toplam puan ortalamaları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu bulgular ışığında; aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyleri incelenmiş, koruyucu ve önleyici hizmet veren sağlık çalışanlarının bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.

ABSTRACT

This study has been conducted to determine the levels of knowledge and awareness of family physicians, nurses and midwives who have an important role to recognize and prevent child abuse and neglect. Data for the study was collected through the use of an "Survey Form" and "Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect". The general scale point mean for identifying signs and risks of child abuse and neglect for family physicians was found to be $4,11 \pm 0,34$ and $3,88 \pm 0,37$ for nurses and midwives. The total scale points for identifying signs and risks of child abuse and neglect for family physicians was found to be significantly higher than those recorded for nurses and midwives ($p < 0,05$). In the light of these findings; The knowledge and awareness levels of family physicians, nurses and midwives about child abuse and neglect were examined and it was determined that health workers had information needs.

* Bu çalışma, Prof. Dr. Aliye Mavili danışmanlığında Gülnihal Türker tarafından hazırlanan yüksek lisans tezinin bir bölümünü kapsamaktadır.

* Sorumlu yazar e-mail adresi: gulnihalturker@gmail.com

1. Giriş

Toplumun geleceği olan çocuklarımız bütün canlılar içinde en çok korunmaya ve sevgiye gereksinim duyan varlıklardır. Toplumların ilerleyebilmesi ve gelişebilmesi için çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı gelişmeleri gerekmektedir (Üstündağ ve Akbaş, 2015: 171-192).

Çocuğa karşı kötü muamele ya da çocuk istismarı insanlık tarihi kadar eski, bir o kadar bilinen fakat tespit edilebilen olgular olduğu kadar tespit edilemeyen rakamları da bulunan, sosyal ve medikal bir sorundur. Bir istismar olgusunun tespit edilmesi, tıbbi ve psikolojik tedavi sürecine ek olarak yasal prosedürleri de zorunlu kılar. Çocukluk dönemi travmaları arasında çocuk istismarı tekrarlanabilirliği, çocuğa çoğunlukla en yakınları tarafından gerçekleştiriliyor olması sebebiyle tanımlanması ve tedavi edilmesi en güç olan travma şeklidir (Ovayolu vd., 2007: 13-22).

Dünya sağlık örgütü (WHO) 1999 yılında çocuk istismarını "Yetişkin bir kişi tarafından kasıtlı veya kasıtsız olarak gerçekleşen ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz olarak etkileyen davranışlar" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda amaç değil, sonuçların önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bir başka deyişle, yetişkinin niyeti önemli yoktur, fiilin çocuk üzerindeki etkisi önem taşımaktadır. İstismar; fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik istismar gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir (Turhan vd., 2006:7).

Çocukları istismar ve şiddetten korumak için en başta doktorlar olmak üzere diğer sağlık personelleri ve birçok meslekten insanların çabası gereklidir. Birinci basamaktaki doktorların çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve korunmasına yönelik bilgi ve becerilerinin artırılması oldukça önemlidir. Çocukların şiddetten ve istismardan korunması, gelecekteki yetişkinlik dönemlerinde daha az şiddet ve istismar etmesi ile de ilişkili olması sebebiyle üzerinde önemle durulması gereken olgulardır (Turhan vd.,2006: 7).

Çocuk istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve yasal sorumlulukları olan doktorların çocuk istismarının bulgu ve semptomlarını net olarak bilmeleri erken teşhis açısından oldukça önemlidir (Kara vd.,2004: 140-151).

Hekimler çocuk istismarının tanınmasında ve tedavisinde önemli bir konuma sahiptir. Travma ağır boyutlarda olduğunda, akla ilk olarak çocuk istismarı tanısı gelmelidir. İstismardan kaynaklanan hafif semptomlar (deri lezyonları gibi), fark edilmezse çocukta daha ciddi istismar tabloları ortaya çıkabilir. Bu sebepten, tüm istismar bulgu ve semptomlarının hekimler tarafından bilinmesi gerekmektedir. İstismar belirtisi olan hafif semptomlar fark edilmediğinde ya da bildirilmediğinde hayati önem taşıyan daha kötü durumlarla karşılaşılabilir (Kara vd., 2004: 140-151).

İstismara uğradığı halde iyi bir değerlendirme yapılmadan eve gönderilen çocukların, daha sonra %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ağır zarara uğratıldığı tespit edilmiştir. Aile hekimleri çocuk istismarının klinik değerlendirmesinde özellikle de öykü almada kendilerini eksik hissetmektedirler. İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemine yapmaktadır. Ailede çocuk istismarı olgusunun var oluşu, çoğunlukla annenin de istismar öyküsü ile birlikte yaşandığından, aile içi şiddet olgularının taranması çok önemlidir. Özellikle aile hekimlerinin bu konuda dikkatli ve duyarlı olması gelişebilecek istismar tablolarını engellenebilecektir (Yarar ve Yarış, 2011: 178-183).

Doktorların çocuk istismarını tanımlayabilmeleri, istismarın ölüm oranı ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda önemli bir koruma imkanı sağlayacaktır (Kara vd., 2004: 140-151).

Çocuk istismarı ve ihmali olgularına yaklaşımda önemli bir anahtar role sahip olmalarına rağmen; çalışmalar, hekimlerin bilgi, beceri ve yaklaşımlarında eksikliklerinin olduğunu ve kendilerine bu konuda çok güvenmediklerini göstermektedir. Bu sebeple bildirim yetersiz olmaktadır (Kara, 2010: 13-17).

Bu bilgiler ışığında araştırmamız, çocuk istismar ve ihmalinin tanılanmasında ve önlenmesinde kilit rolü olan koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri, hemşire ve ebelerin konuya ilişkin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Aile hekimleri, sağlıklı ve hasta kişilerle sağlık sistemi arasında ilk tıbbi temas noktası olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaş, cinsiyet ya da bireyin başka bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık problemleri ile ilgilenir. Hastaların hem akut durumlarını ve kronik yakınmalarını aynı anda yönetir. Sağlık problemlerini bedensel, psikolojik, toplumsal, mesleki koşullar ve sosyal boyutlarıyla ele alır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliği uygulamasının en önemli unsurlarındandır. Aile hekimleri hamilelik öncesi bakım birçok kadını sağlık sistemine dahil eder, prenatal gözetim kapsamında anne ve bebeğin alacağı sağlık hizmetleri doğum ve doğum sonrası meydana gelebilecek sorunları minimal düzeye indirir, bebek ve annenin yaşam kalitesini yükseltir. Yeni doğan bebeklerin aşılmasının yapılması ve takibi, psikomotor ve mental gelişimlerinin takibi, devam eden süreçte adolesan sağlığı hizmetleri, risk gruplarının belirli evrelerde takibi aile hekimlerinin sorumlu oldukları alanlardır (Kabanlı, 2010:78-141).

Öncelikle aile hekimine müracaat genellikle istismar dışında bir sebeple olur. Morluk, kırık ya da yanıkla sağlık kuruluşuna getirilen bir çocukta “kaza” öyküsü verilir. Aile hekimi öykü alma evresinde istismardan kuşulanmayabilir. Fiziki muayene esnasında öykü ile bulgular tutarsızlık gösterdiğinde aile hekimi “istismar” varsayımını düşünmeye başlar. Öykü detaylı bir şekilde alındığında, yetişkin kişinin daha önce verdiği bilgilerin değişmesi, önceki öykü ile çelişmesi, “kazaya” tanıklık eden iki yetişkinin birbiri ile çelişkili öyküler vermesi ya da “kaza”nın ne şekilde olduğunu bilmedikleri, “çocuğu o halde buldukları” biçiminde öykü ya da çocuğun psikomotor gelişimine örtüşmeyen öykü aile hekimini şüphelendirir (Güney, 2010:78-141).

Çocukta bulgular ve semptomlar olsa bile aile hekimi çocuk istismarının tanısını koyacak bilgi ve mesleki donanıma sahip olmayabilir. Bu, diğer tüm hastalıkların tanılanmasında görüldüğü gibi çocuk istismarı ve ihmalinin tanılanmasında da en önemli problemlerden birisidir. İstismar konusu ülkemizdeki mezuniyet öncesi ve sonrası ders programlarında giderek daha ayrıntılı bir biçimde işlenmesine rağmen gerçek vakalarla, gerçek hayatta ve ayrıca multidisipliner ekipleri olmayan bir sağlık kuruluşu ortamında karşılaşıldığında hekimlerin tanısız problemleri daha da artmaktadır (Güney, 2010:78-141).

Doktorlar ise istismar konusundaki eksikliklerinin eğitimlerinin yeterli olmamasından ya da sistemden kaynaklandığını düşünmektedirler. Sistemden kaynaklı sorunlara örnek verilecek olursa, fazla iş yükünün olması, ailelerin sağlık kuruluşundan bir an önce ayrılmak istemeleri, vakayla ilgili görüş soracak birisinin olmaması, daha önceki şüpheli olgulara ilişkin geri bildirim alamayışları sayılabilir. Şüphelendiği vakanın gerçekten de istismar olup olmadığına ilişkin geri bildirim yapılmayan hekimlerin kendi tanılarına ya da sistemin işlediğine dair inançları azalmaktadır. Ayrıca ufak bir kuşku duyduğu vakayı “bildirmek” yerine “konsülte etmenin” hekimlik uygulamaları açısından daha bilindik bir yöntem olduğu ileri sürülmektedir. Diğer taraftan istismardan şüphelenen hekimlerin kimi zaman “çocukta aslında başka bir hastalık olduğu, tanı koyamadığı için insanları boşuna suçluyor olacağı” kaygısıyla istismar olgusunu “yok sayma” eğiliminde olabilecekleri ileri sürülmektedir. Bu problemin çözümü olarak da danışmanlık hizmetlerinin artırılması önerilmektedir (Güney, 2010: 78-141).

Hekimin meslek dışındaki özel yaşantıları da istismarı tanımaya ilişkin tutumlarını etkilemektedir. Örneğin fiziksel cezalandırma yöntemlerine daha toleranslı olan hekimlerin istismarı tanıma becerileri azalmaktadır.

Konu duygusal istismar veya ihmal olduğunda ise hekimlerin sınırları belirlemede daha da güçlük yaşadığı, kendilerini fazla yargılayıcı buldukları belirlenmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin tanıdıkları ve sosyokültürel olarak kendilerine benzer olan ailelerde istismar tanısını koymakta daha zorlandıkları ileri sürülmektedir (Güney, 2010:78-141).

Bu sebeplere rağmen olguları atlamamak için başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanları istismar ve ihmalin semptom ve bulgularını tanıyabilmelidir. İstismar olgusu ile ilk karşılaşan hekim, yaşam kurtarıcı ve tedavi edici girişimlere ek olarak, adli soruşturmada olayı yorumlayıp raporlayabilmek için, olgunun ilk halini doğru tanımlamalı, uygun şekilde kaydetmelidir (Zeyfeoğlu vd., 2010: 185-8).

Maalesef birçok doktor istismar raporu hazırlarken huzursuzluk yaşlar. Bunun başlıca nedenleri; mahkemeye gitme korkusu, hastayı kaybetme kaygısı, istismar tanısı ve tedavisindeki yetersizlik ve istismar olgularının tespitindeki yetersizliktir (Yarar ve Yarış, 2011: 178-183).

Avustralya’da 100 genel pratisyen, 124 pediatriyi kapsayan bir çalışmada doktorların %43’ünün çalışma hayatlarının herhangi bir aşamasında en az bir vakada şüpheli çocuk istismarı veya ihmali düşündüğü, ancak bunları yasal zorunluluğa rağmen raporlamadıkları görülmüştür. Bunun nedenlerinden biri de rapor sonrasında çocuk ve aile için başlayan problemlidir. Araştırmada genel pratisyenlerin raporlama konusunda daha dikkatli davrandığı saptanmıştır (Yarar ve Yarış, 2011: 178-183).

Çocukları şiddetten korumada hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanları ve pek çok meslekten insanların çabası gereklidir (Turhan vd., 2006: 7). İstismar olguları sadece hekimlerin sorumluluğunda olan olgular değildir. Hekimlere ek olarak hemşireler de sürecin önemli bir sacayağı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hemşireler karşılaştıkları istismar vakalarında çocukla ilk karşılaşan, ailesi ya da tanıdıklarıyla ilk iletişime giren, kontrol, tedavi ve bakım sırasında mağdur/ şüphelinin eşyalarına ilk temas eden kişidir (Özden ve Yıldırım, 2009: 73-81).

Hemşireler adli vaka ile karşılaştıklarında adli değerlendirme yapmalıdır. Hemşirenin önceliği hastanın bakım ve tedavisidir ancak, hemşire bu görevlerini yerine getirirken kanıtı zarar vermemeye özen göstermeli, kanıtların toplanması, saklanması ve kayıt edilmesini bilmelidir. Bu konuda hemşirelerin bilgili ve duyarlı davranması tedavi ve bakım esnasında kanıtların gözden kaçırılmasını, kaybedilmesini ya da yok edilmesini engelleyebilir (Özden ve Yıldırım, 2009: 73-81).

İstismarın tanılama, değerlendirilme ve tedavi aşamalarında multidisipliner ekip çalışmasının önemi giderek artmakta ve ilgi görmeye başlamaktadır. Multidisipliner ekipler tarafından istismar olguları daha sistemli olarak ele alınmaktadır. Ülkemizde birçok üniversite ve devlet hastanesinde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen ekipler oluşturulmaktadır. Ekip içinde çocuk psikiyatristleri, pediatri uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, adli tıp uzmanları, psikiyatristler, çocuk cerrahisi ve acil personelleri bulunmalıdır. İstismarı yapan kişinin bildirilmesi ve yasal prosedürlerin devreye sokulmasında ekip çalışmaları ve ekip çalışanlarının rolü büyüktür. Birçok aile olguyu gizli tutmanın çocuğu korumanın tek yolu olduğunu düşünse de konunun profesyoneli olan kişilerce bildirim öneminin vurgulanması ve gerekli yönlendirmenin yapılması gerekir. Böylece hem kendi çocukları hem de diğer çocukların olası istismarlardan korunmak mümkün olacaktır (Aktepe, 2009: 95-119).

1. Yöntem

2.1. Çalışmanın Yöntemi

Hipotez 1: H₀= Araştırmaya katılan aile hekimleri, hemşireler ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki farkındalıkları ile sosyo-demografik özellikleri (Yaş, medeni durum, cinsiyet, meslekte çalışma süreleri, öğrenimleri sırasında/mezuniyet sonrası çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili bilgi alma durumları, meslekleri süresince çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma durumları, istismar ve ihmalle karşılaştıklarında tanı koymakta zorlandıkları süreç, görev yaptıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik prosedür varlığı) arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 2: H₀= Aile hekimleri ile hemşire ve ebelerin çocuk istismarı belirti ve risklerini tanılama konusundaki farkındalıkları (istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yakın çocukların özellikleri, çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler) arasında fark yoktur.

2.2. Araştırma Modeli

Araştırmada nicel araştırma deseni uygulaması kullanılmıştır. Nicel araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren çalışmalardır (Büyüköztürk vd., 2013: 13). Nicel araştırma tekniklerinden biri olan görüşme tekniğinin anket yöntemi uygulanmıştır. Ayrıca araştırma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı nitelikler taşımaktadır.

2.3. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın evreni Burdur İlindeki mevcut (41) Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri, hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı (41) Aile Sağlığı Merkezlerinde toplam 160 hekim, hemşire ve ebe çalışmaktadır. Bunların 80'i aile hekimi, 80'i hemşire ve ebedir.

Araştırmada evrenin ulaşılabilirliği dikkate alınarak örneklem seçimine gidilmeyerek 03.03.2016-30.07.2016 tarihleri arasında aile sağlığı merkezlerinde ulaşılabilen sağlık personellerinin tamamı araştırma grubuna alınmıştır ve yapılan anketler uygulanmıştır. Evrendeki sağlık personelinin tamamına ulaşılmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları

2.4.1. Anket Formu

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyodemografik bilgilerini elde etmek için araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan Sosyo-Demografik Bilgi Anket Formu uygulanmıştır.

2.4.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği

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

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt grubu bulunan aile hekimleri, hemşire ve ebelerin bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik toplam 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir.

2.5. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak toplanmıştır. Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 03.03.2016 tarihinde alınan izinlerle, hazırlanan anket formları aile hekimlerine, hemşire ve ebelere araştırmacının kendisi tarafından verilerek, formlarda anlaşılmayan sorulara açıklamalar yapılarak doldurtulmuştur. Uygulama esnasında Sosyo-Demografik Bilgi anketi ve 'Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına' yönelik ölçek olmak üzere iki aşamadan oluşan anket uygulaması yapılmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 20-30 dakika kadar sürmüştür.

2.6. Etik Konular

Araştırma ile ilgili Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 03.03.2016 tarih ve 8/6 sayılı karar sureti ile izin alınmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1: Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusuna İlişkin Eğitim Alma Durumları

Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çİİ ile ilgili Eğitim Alma durumları		Aile Hekimi (n=80)		Hemşire/Ebe (n=80)		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Mezuniyet öncesi eğitim alma durumu	Evet	64	80,0	49	61,3	113	70,6
	Hayır	16	20,0	31	38,8	47	29,4
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu	Evet	64	80,0	70	87,5	134	83,8
	Hayır	16	20,0	10	12,5	26	16,2

Tablo 1'de Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin öğrenimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Aile hekimlerinin 64'ü (%80) öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıklarını belirtirken, 16'si (%20) bu konuda herhangi bir bilgi almamışlardır. Hemşire ve ebelerin 49'u (%61,3) öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıkları, 31'inin (%38,8) bu konuda herhangi bir eğitim almadıkları saptanmıştır.

Aile hekimlerinin 64'ü (%80) mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıklarını belirtirken, 16'si (%20) bu konuda herhangi bir bilgi almamışlardır. Hemşire ve ebelerin 70'i (%87,5) mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıkları, 10'unun (%12,5) bu konuda herhangi bir eğitim almadıkları saptanmıştır.

Tablo 2. Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin İş Yaşamlarında Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına İlişkin Bilgiler

		Aile Hekimi (n=80)	Hemşire/Ebe (n=80)	Toplam

		n	%	n	%	n	%
Aile Hekimleri, Hemşire ve ebelerin Çİİ vakası ile karşılaşma	Evet	54	67,5	15	18,8	69	43,1
	Hayır	26	32,5	65	81,2	91	56,9
Çİİ ilgili zorlanılan konular	Öykü alma	17	31,5	6	40,0	23	33,3
	Fizik muayene	11	20,4	1	6,7	12	17,4
	Kayıt tutma	4	7,4	3	20,0	7	10,1
	Yasal süreç	22	40,7	5	33,3	27	39,1
Çİİ'ını Bildirimde bulunma şekilleri	Adli rapor tutarım	43	53,8	0	0,0	43	26,9
	Cumhuriyet Başsavcılığına bildirim yaparım	8	10,0	3	3,8	11	6,9
	ASPİM'e bildirim yaparım	14	17,5	22	27,5	36	22,5
	Polise haber veririm	15	18,8	55	68,8	70	43,8
Aile hekimi, hemşire ve ebelerin Çİİ tanıma durumu	Evet	79	98,8	75	93,8	154	96,2
	Hayır	1	1,2	5	6,2	6	3,8
Çİİ konusunda kendini yeterli bulma	Çok yeterli	5	6,2	5	6,2	10	6,2
	Yeterli	37	46,2	26	32,5	63	39,4
	Kısmen yeterli	32	40,0	36	45,0	68	42,5
	Yeterli değil	4	5,0	11	13,8	15	9,4
	Hiç yeterli değil	2	2,5	2	2,5	4	2,5
Çİİ ile ilgili daha fazla bilgilendirme gerekisini duyma	Evet	66	82,5	45	56,2	111	69,4
	Hayır	14	17,5	35	43,8	49	30,6
Kurumda prosedür varlığı	Evet	38	47,5	45	56,3	83	51,9
	Hayır	13	16,3	18	22,5	31	19,3
	Bilmiyorum	29	36,3	17	21,3	46	28,8

Aile hekimlerinin 54'ü (%28,4) çalışma sürelerince çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış, 26'sı (%32,5) istismar ve ihmal vakasıyla karşılaşmamıştır. Hemşire ve ebelerin 15'i

(%18,8) çalışma sürelerinde çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış, 65'i (%81,2) karşılaşmadıklarını ifade etmiştir.

Daha önce olgu ile karşılaşan aile hekimlerinin yetersiz kaldıkları veya zorlandıkları durumlar değerlendirildiğinde; aile hekimlerinin 17'si öykü alma (%31,5), 11'i (%20,4) fiziki muayene, 4'ü (%7,4) kayıt tutma, 22'si (%40,7) ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Hemşire ve ebelerin ise 6'sı (%40,0) öykü alma, 1'i (%6,7) fiziki muayene, 3'ü (%20,0) kayıt tutma, 5'i (%33,3) ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte zorlandıklarını bildirmişlerdir. Aşağıdaki tabloda aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşmaları halinde bildirim yapma şekillerinin dağılımları yer almaktadır.

Çocuk istismar ve ihmali olgusu ile karşılaşan aile hekimlerinin 43'ü (%53,8) adli rapor tutarken, 8'i (%10,0) Cumhuriyet Başsavcılığına, 14'ü (%17,5) ASPİM'e bildirim yapacağını, 15'i (%18,8) polise haber vereceğini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin ise 55' (%68,8) polise haber verirken, 22'si (%27,5) ASPİM'e bildirim yapacağını, 3'ü (3,8) cumhuriyet başsavcılığına bildirim yapacağını belirtmiştir. Her iki grupta da 'diğer' seçeneğini seçen bulunmamaktadır.

Aile hekimlerinin 79'u (%98,8) çocuk ihmal ve istismarını tanılayabileceğini, 1'i (%1,2) tanılayamayacağını belirtmiştir. Hemşire ve ebelerin 75'i (%93,8) çocuk ihmal ve istismarını tanılayabileceğini, 5'i (%6,2) tanılayamayacağını belirtmiştir.

Araştırmaya alınan aile hekimlerinin kendilerini çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda 5'i (%6,2) çok yeterli, 37'si (%46,2) yeterli, 32'si (%40,0) kısmen yeterli, 4'ü (%5,0) yetersiz ve 2'si (%2,5) hiç yeterli bulmamaktadır. Hemşire ve ebelerin kendilerini çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda 5'i (%6,2) çok yeterli, 26'sı (%32,5) yeterli, 36'sı (%45,0) kısmen yeterli, 11'i (%13,8) yetersiz, 2'si (%2,5) hiç yeterli bulmamıştır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 66'sı (%82,5) çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilendirme gereksinimi duyduğunu, 14'ü (%15,5) daha fazla bilgilendirmeye gereksinim duymadığını belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin 45'i (%56,2) çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilendirme gereksinimi duyduğunu, 35'i (%43,8) daha fazla bilgilendirmeye gereksinim duymamaktadır.

Görev yaptıkları kurumda çocuk istismar ve ihmali yönelik prosedürün var olup olmadığı sorulduğunda aile hekimlerinin 38'i (%47,5) evet olarak, 13'ü (%16,3) hayır olarak, 29'u (36,3) bilmiyorum olarak yanıtlamıştır. Hemşire ve ebelerin ise, 45' (%56,3) evet, 18'i (%22,5) hayır, 17'si (%21,3) bilmiyorum olarak yanıtlamışlardır.

Tablo 3. Aile Hekimlerinin, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanılama Konusunda Genel Ölçek Ve Alt Ölçek Puanları

	Hekim (N=80)		Hemşire/ Ebe (N=80)		Test değ; p
	ORT	SS	ORT	SS	
Genel ölçek puanı	4,10	0,34	3,88	0,37	t: 4,067 p: 0,001
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	4,20	0,32	4,05	0,37	t: 2,872 p:0,005

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	4,14	0,42	3,98	0,39	t: 2,415 p:0,017
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	4,33	0,50	4,08	0,68	t: 2,595 p: 0,010
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3,92	0,48	3,58	0,51	t: 4,349 p:0,001
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3,68	0,50	3,30	0,57	t: 4,549 p: 0,001
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	4,17	0,53	3,93	0,67	t: 2,524 p: 0,013

Tablo 3'te görüldüğü üzere aile hekimlerinin genel ölçek puanları ortalaması $4,11 \pm 0,34$ iken; hemşire ve ebelerin genel ölçek puanları ortalaması $3,88 \pm 0,37$ 'dir. Aile hekimlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanıma Ölçeği toplam puan ortalamaları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Aile hekimlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,20 \pm 0,32$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,05 \pm 0,37$ 'dir. İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Aile hekimlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,14 \pm 0,42$ iken; hemşire ve ebelerin ihmal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,08 \pm 0,68$ 'dir. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Aile hekimlerinin ihmal belirtileri alt ölçek puanları ortalaması $4,33 \pm 0,50$ iken; hemşire ve ebelerin ihmal belirtileri alt ölçek puanları ortalaması $4,08 \pm 0,68$ 'dir. Aile hekimlerinin ihmal belirtileri alt ölçek puanları ortalaması hemşire ve ebelerin puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,92 \pm 0,48$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,58 \pm 0,51$ 'dir. Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalamaları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,68 \pm 0,50$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,30 \pm 0,57$ 'tir. Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmaliinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek puanları ortalaması $4,17 \pm 0,53$; hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmaliinde aile yapısı ile ilgili

belirtiler alt ölçek puanları ortalaması $3,93 \pm 0,67$ 'dir. Aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek puanları ortalaması hemşire ve ebelerin puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

4. Tartışma

Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alma Durumları

Aile hekimlerinin mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/bilgi alma durumları sorulduğunda; aile hekimlerinin %80'i konu ile ilgili eğitim/bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşire ve ebelerin ise, %61,3'ü mezuniyet öncesi eğitim/bilgi almıştır. Aile hekimleri çocuk istismarı ve ihmali konusunu adli tıp, pediatri derslerinde alırken, hemşire ve ebeler çocuk sağlığı ve hastalıkları, sosyal pediatri dersleri kapsamında aldıklarını belirtmişlerdir. Kocaer'in çalışmasında hekimlerin %48,6'sı, hemşirelerin ise %27,9'u öğrenimleri sırasında konu ile bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Aile hekimlerinin %80'i mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/bilgi alırken; hemşire ve ebelerin %70'i mezuniyet sonrası eğitim/bilgi almıştır. Demir'in (2012) yaptığı çalışmada da bizim bulgularımıza paralel olarak katılımcıların %58,9'u, yine Kara'nın (2010) yapmış olduğu çalışmada ise pratisyen hekimlerin %61,2'sinin mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları bulunmuştur. "Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı" kapsamında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi verilse de; modüllerin revize edilerek ve daha kapsamlı bir şekilde tüm aile sağlığı merkezi personellerine ulaşılması gerektiği düşünülmektedir.

Aile hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası ile Karşılaşma Durumları

Meslek yaşamları süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları sorgulandığında aile hekimlerinin %67,5'i, hemşire ve ebelerin ise %18,8'i istismar vakası ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Kocaer'in (2006) çalışmasında hekimlerin %52,8'i, hemşirelerin %30,1'i istismar ve ihmal vakası ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Uysal'ın (1998) çalışmasında bulgular %28,4'ü göstermektedir. Üç çalışmada da hemşire ve ebelerin istismar ve ihmal vakası ile karşılaşma yüzdeleri düşük düzeyde bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hemşire ve ebelerin daha düşük oranda olgu saptama nedenlerinin tanılamaya ilişkin yeterli bilgi düzeylerinin olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca bu durumun istismar ve ihmal belirtileri ve risklerine belki de daha fazla tolerans gösterdiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kara'nın (2010) yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin %54,8'i pediatri uzmanlarının %82'si istismar olgu ya da şüphesi ile karşılaştıkları bulunmuştur. Bu durum mesleki bilgi ve uzmanlaşma arttıkça bulguların atlanmadığı ve istismarın daha kolay tanımlanabileceğini düşündürülebilir.

Çalışmamızda çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşan aile hekimlerinin bu aşamada zorlandıkları konular sorgulandığında %40,7'si gerekli kurumlarla iletişim/yasal süreçler olduğunu belirtmiştir. Hemşire ve ebelerin ise %40,0'ı öykü ve anamnez alma konularında zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kara'nın (2010) çalışmasında zorlanılan konular değerlendirilmiş, %58,1'i gerekli kurumlarla iletişim/yasal süreç bildirim yapmama nedenlerinin başında yer almıştır. Kocaer'in (2006) çalışmasında da hekimlerin %47,4'ünün yasal süreçlerde zorlandıkları belirlenmiştir. Çalışmamız bulgularına paralel olarak diğer çalışmaların verileri de hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin yasal süreci tam olarak bilmedikleri anlaşılmaktadır.

İstismar ve ihmal vakası ile karşılaşma durumlarında ne şekilde bildirim yapacakları sorulduğunda; aile hekimlerinin %53,8'i adli rapor tutacaklarını, hemşire ve ebelerin %68,8'i polise haber vereceğini belirtmişlerdir. Kara'nın (2010) çalışmasında da hekimlerin %60,2'si adli rapor tutarak bildirim yapacakları bulunmuştur. Çalışmamıza katılan katılımcılar çocuk istismarı

ve ihmali vakalarında daha çok adli rapor tutup, polise haber vererek bildirim yapmayı düşünmektedir. Cumhuriyet başsavcılığına ya da ASPİM'e bildirim yapmayı düşünen aile hekimi, hemşire ve ebe sayısı daha az bulunmuştur. Yasal olarak bildirim zorunlu olmasına rağmen hekimlerin istismar şüphesi veya ihmali olgularını bildirmedikleri bilinmektedir.

Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 280. Maddesi, bir suç belirtisi ile karşılaşan sağlık çalışanlarına bildirim zorunluluğu getirmektedir. Hasta hekim ilişkisi bir güven ilişkisidir. Güvene dayalı bu ilişkide de hasta mahremiyeti esastır. Hasta hekim ilişkisinde öğrenilen bilgilerin gizliliği çerçevesinde adli olguların bildirimini bir çelişki olarak ortaya çıkmaktadır. Ceza Muhakemesi Kanunu 46. Maddesinde ise, meslek ilişkisi içinde öğrenilen bilgiler için sağlık çalışanlarına tanıklıktan çekilme hakkı tanınmıştır. Hastasına fayda sağlamak, zarar vermemek üzerine temeline kurulmuş hasta hekim ilişkisinde bu çifte yükümlülük hekimlerin zorluklar yaşamasına sebep olmaktadır. Özellikle cinsel istismar vakalarında tanı koyma sürecinin uzaması, süreç sonlanıncaya kadar olgunun sadece şüpheli olgu niteliği taşıması adli olgularının ihbar yükümlülüğüne ek zorluklar getirmektedir (Şanyüz, 2009: 49). Buradaatlanmaması ve unutulmaması gereken nokta çocuğun "yüksek yararının" düşünülmesidir (TCK, 2004).

Aile hekimleri, hemşire ve ebeler çocuk istismarı ve ihmali tanılayabilme durumları sorulduğunda; aile hekimlerinin %98,8'i tanılayabileceğini belirtmiştir. Yalnız bir katılımcı (%1,2) tanılamayacağını düşünmektedir. Hemşire ve ebelerin ise %93,8'i tanılabileceğini ifade etmişlerdir. Uysal'ın (1998) çalışmasında da hemşirelerin %89,6'sı, ebelerin ise %87,7'si tanılabilecekleri saptanmıştır. Daha önce yapılan benzer araştırmalarda da katılımcıların büyük çoğunluğu tanılayabileceklerini düşündükleri saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin çocuk istismar ve ihmali konusunda yeterlilik durumlarına bakıldığında; aile hekimlerinin %46,2'si kendisini yeterli bulmaktadır. Hemşire ve ebelerin kendilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında %45,0'i kendilerini kısmen yeterli bulmaktadır. Bu bulgulardan dolayıdır ki, aile hekimlerine çocuk ihmali ve istismarı konusunda daha fazla bilgilendirme gereksinimleri sorulduğunda %98,8'i evet olarak yanıtlamıştır. Hemşire ve ebelerin ise %93,8'i evet olarak yanıtlamışlardır.

Aile Hekimi, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerine Yönelik Farkındalıklarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin genel ölçek puanları ortalaması $4,10 \pm 0,34$ iken; hemşire ve ebelerin genel ölçek puanları ortalaması $3,88 \pm 0,37$ 'dir. Aile hekimlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanıma Ölçeği toplam puan ortalamaları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kocaer'in (2006) yaptığı çalışmada hekimler $3,92 \pm 0,40$ alırken, hemşireler $3,74 \pm 0,30$ puan almışlardır. Yine Demir'in (2012) yaptığı çalışmada ise hekimler $3,86 \pm 0,33$ puan almışlardır. Genel ölçek ve alt ölçek puanlarından katılımcıların minimum 3,00 puan almaları beklenmektedir. 3,00'ün altında aldıkları maddeler katılımcıların konuya ilişkin yetersiz bilgiye sahip olduklarına işaret etmektedir. Alınması gereken maksimum değer ise 5,00 olarak belirlense de üç çalışmada da bu puana ulaşamamıştır.

Aile hekimlerinin istismar ve ihmali çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,20 \pm 0,32$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmali çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,05 \pm 0,37$ 'dir. Aile hekimlerinin istismar ve ihmali çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kocaer'in (2006) çalışmasında hekimler $3,83 \pm 0,38$, hemşireler ise $3,77 \pm 0,39$ puan almışlardır. Demir'in (2012) çalışmasında ise $4,05 \pm 0,38$ olarak saptanmıştır.

Aile hekimleri istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden "Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak başı izleri fiziksel istismarın belirtileridir." maddesinden en yüksek puanı (4,76±0,42) almış olmalarına karşın, "Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür." maddesinden en düşük puanı (2,87±1,34) almışlardır.

Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden "Özellikle 10-15 yaşlarındaki gecelik cinsel istismarı düşündürmelidir." maddesinden en yüksek puanı (4,77±0,44) almış olmalarına karşın, "Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir." maddesinden en düşük puanı (2,66±1,17) almışlardır.

Doktorlar üzerinde yapılan bir anket çalışmasında, Kanada'daki doktorların yanı sıra Amerika'daki doktorların da çocuk koruma vakalarını yönetmede ve değerlendirmede yaklaşımlarını yetersiz olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir. Bu nedenle eğitimin çocuk koruma sürecinin esas bileşeni olarak görüldüğü bildirilmektedir (Yehuda vd., 2010: 598-602).

Günlük pratikte birçok doktor çocukluk dönemi yaralanmaları ile karşılaşmaktadır. Bu yaralanmaların bir bölümünün istismar ile ilgili olduğu bilinse de doktorların hangi sıklıkla bu lezyonları şüpheli bulduğuna ilişkin fazla bilgi bulunmamaktadır. Ayrıca uzmanlık alanları ile ilgili farklılıklar da yeteri kadar bilinmemektedir (Şanyüz, 2009: 49).

Hekimin emosyonel yaklaşımı teşhis için bir handikap oluşturabilir. Teşhiste en önemli adım, doktorun kendisini istismar olasılığı üzerinde düşünmeye zorlamasıdır. Zamanında konulan bir teşhiste amaç sadece çocuğu ölümden korumak değil, aynı zamanda çocuğun henüz gelişmekte olan kişiliğine kalıcı bir zarar gelmesini önlemektir. Fiziksel hasara uğramış olarak gelen her çocukta istismar mutlaka düşünülmeli, laboratuvar testleri ve diğer tetkikler yapılırken şüpheli vakalarda çocuk mutlaka sağlık kuruluşunda tutulmalıdır (Aksoy vd., 2000: 101-250).

Aile hekimlerinin ihmal belirtileri alt ölçek puanları ortalaması 4,33±0,50 iken; hemşire ve ebelerin ihmal belirtileri alt ölçek puanları ortalaması 4,08±0,68'dir. Aile hekimlerinin ihmal belirtileri alt ölçek puanları ortalaması hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Benzer şekilde Kocaer'in (2006) çalışmasında hekimlerin ihmal belirtilerini içeren alt ölçek puan ortalaması 3,55±1,17 olarak bulunmuştur. Demir'in (2012) çalışmasında ise hekimlerin puanı 4,01±0,51 olarak saptanmıştır. Uysal'ın (1998) çalışmasında da hemşireler ihmalin çocuk üzerindeki etkileri alt ölçeğinden 4,03±0,71 puan almışlardır.

Aile hekimleri ihmalin çocuk üzerindeki etkileri alt ölçek maddelerinden "Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir." maddesinden en yüksek puanı (4,55±0,52) alırken "Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir." maddesinden en düşük puanı (4,11±1,07) almışlardır. İhmal belirtilerini içeren soruları aile hekimlerinin çoğunluğu doğru olarak yanıtlamış olup; bu bölümdeki değerler yüksek olarak saptanmıştır.

Hemşire ve ebeler ihmalin çocuk üzerindeki etkileri alt ölçek maddelerinden "Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir." maddesinden en yüksek puanı (4,43±0,83) alırken, "Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir." maddesinden en düşük puanı (3,40±1,33) almışlardır.

Çocuğun sağlık bakımının yapılmaması veya geciktirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, ihtiyaç duyulan sağlık gereçlerinin alınmaması (gözlük, işitme cihazı gibi) tıbbi ihmal olarak sayılmaktadır (Sosyal Pediatri Derneği 2016). 1. Basamakta görev yapan sağlık personelleri bu gibi durumlarla karşılaştıklarında 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanununa istinaden çocuk hakkında sağlık tedbir kararı alınması için bildirim yapabilir. Böylelikle, çocuğun fiziksel ve

ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonu alınan mahkeme kararı ile il sağlık müdürlüklerinde uygun sağlık kurum veya kuruluşunu belirlenerek çocuğun müracaatı sağlanmaktadır.

Aile hekimlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,14\pm 0,42$ iken; hemşire ve ebelerin ihmal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,08\pm 0,68$ 'dir. Aile hekimlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması hemşire ve ebelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kocaer (2006) de çalışmasında istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalamasını hekimlerde $3,85\pm 0,45$, hemşirelerde $3,92\pm 0,39$ olarak bulmuştur. Yine Demir'in (2012) alışmasında puan ortalaması $3,88\pm 0,41$ olarak saptanmıştır. Uysal'ın (1998) alışmasında da ocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt leği maddelerinden hemşireler $3,92\pm 0,39$ puan almışlardır.

Aile hekimleri istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden "Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,71\pm 0,53$), "İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler." maddesinden en düşük puanı ($2,18\pm 1,28$) almışlardır.

Hemşire ve ebeler istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden "Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,61\pm 0,56$), "İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler." maddesinden en düşük puanı ($3,12\pm 1,22$) almışlardır.

Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,92\pm 0,48$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,58\pm 0,51$ 'dir. Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalamaları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde Kocaer'in (2006) alışmasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek puan ortalaması $3,34\pm 0,48$, Uysal'ın (1998) alışmasında ise $3,41\pm 0,47$ olarak saptanmıştır. Demir'in (2016) alışmasında hekimlerin alt ölçek puan ortalaması $3,64\pm 0,45$ olarak saptanmıştır.

Aile hekimleri istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden "Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması ocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,57\pm 0,54$), "Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da g doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler." maddesinden en düşük puanı ($3,33\pm 1,16$) almışlardır.

Hemşire ve ebeler istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden "Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması ocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,47\pm 0,65$), "Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da g doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler." maddesinden en düşük puanı ($2,42\pm 1,27$) almışlardır.

Yapılan çalışmalarda alkol kullanımının çocuklarda fiziksel istismar ve ihmale uygulamada etkili olduğu belirlenmiştir. Güler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eşi alkol kullanan annelerin neredeyse tamamına yakınının (%90.5) ocuklarını fiziksel istismar/ihmale maruz bıraktıkları belirlenmiştir (Güler vd., 2002: 128-134).

Yine, 1994 yılında İngiltere'de çocuklarını istismar eden ve etmeyen aileler üzerinde yapılan bir anket çalışmasında, uyuşturucu veya alkol bağımlılığına ilişkin geçmişi olan ailelerin

%61,3'ünün, diğerlerinin ise %21,8'inin çocuklarını istismar veya ihmal ettiğini saptamış, uyuşturucu ya da alkol bağımlılığı ile çocuk istismarı ve ihmali arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Demir, 2012: 73)

Aile hekimleri istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,68 \pm 0,50$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,30 \pm 0,57$ 'tir. Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Demir'in (2012) çalışmasında hekimlerin istismar ve ihmale yatkın çocuklara ait özellikler alt ölçek puanı $3,45 \pm 0,55$ olarak saptamıştır. Benzer şekilde Kocaer (2006) de bu alt ölçeğe ait puan ortalamasını hekimlerde $3,77 \pm 0,48$, hemşirelerde $3,72 \pm 0,55$ olarak bulmuştur. Yine Uysal'ın (1998) çalışmasında hemşirelerin puan ortalaması $3,03 \pm 0,73$ olarak saptanmıştır.

Aile hekimleri istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçekleri maddelerinden "Fiziksel ve mental özürülü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,18 \pm 1,12$), "Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur." maddesinden en düşük puanı ($3,06 \pm 1,39$) almışlardır.

Hemşire ve ebeler istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden "Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır." maddesinden en yüksek puanı alırken ($3,50 \pm 1,43$) "Fiziksel ve mental özürülü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır." maddesinden en düşük puanı ($3,75 \pm 1,44$) almışlardır.

Altınsu'nun yaptığı çalışmada güç doğan, öğrenme güçlüğü olan, fiziksel ya da gelişimsel geriliği olan çocukların istismara uğrama olasılığı ileri düzeyde anlamlı olarak bulunmuştur (Altınsu, 2004: 48).

Aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili belirtiler alt ölçek puanları ortalaması $4,17 \pm 0,53$; hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili belirtiler alt ölçek puanları ortalaması $3,93 \pm 0,67$ 'dir. Aile hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili belirtiler alt ölçek puanları ortalaması hemşire ve ebelerin puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Kocaer (2006) de çalışmasında hekimlerin bu ölçeğe ait puan ortalamasını $3,71 \pm 0,31$, hemşirelerin ise $3,61 \pm 0,33$ olarak saptamıştır. Benzer olarak Demir'in (2012) yaptığı çalışmada hekimlerin alt ölçek puan ortalaması $3,86 \pm 0,51$ olarak bulunmuştur. Uysal'ın (1998) çalışmasında ise hemşireler çocuk istismarı ve ihmali ile ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden ortalama $4,05 \pm 0,59$ puan almışlardır.

Aile hekimleri çocuk istismarı ve ihmali ile ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden "Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,55 \pm 0,59$), "Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmali ile ilişkin oluşmasında etken değildir." maddesinden en düşük puanı ($3,72 \pm 1,26$) almışlardır.

Hemşire ve ebeler çocuk istismarı ve ihmali ile ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden "Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir." maddesinden en yüksek puanı alırken ($4,50 \pm 0,71$), "Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali ile ilişkin önemli bir faktör değildir." maddesinden en düşük puanı ($3,53 \pm 1,26$) almışlardır.

Sanayileşme ve kentleşme sürecinde, kalabalık aile yapısından çekirdek aile yapısına geçilmesinden dolayı, ana babanın çocuk yetiştirme ve diğer konulara ilişkin sosyal destek sistemlerinin azaldığı bilinmektedir. Bu tür koşullar ise ailede stres kaynaklarının ve dolayısıyla da çocuk istismarı ihtimalinin artmasına sebep olmaktadır (Tercan, 1995: 23).

5. Sonuç ve Öneriler

Son yıllarda dünyada çocuk istismarı konusu, gerek tıbbi, gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanmaya başlamıştır. Konunun yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasındaki güçlükler, sürekli olarak inkar edilmesi ve gizlenme eğilimi sorunun önemini daha da artırmaktadır.

Ülkemizde istismara uğrayan çocuk ve/veya ailesi, yaşanan olumsuzlukları pek çok sebeple gizleme eğiliminde olup, istismara uğrayan çocuğa verilmesi zorunlu olan hukuki, tıbbi, ruhsal ve sosyal destek gerektiği ölçüde verilememektedir. Çocuk istismarı ve ihmali konusuna yönelik ilk yaklaşımlar daha çok tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik yaklaşımlarken; son yıllarda istismar açısından risk grubunda olduğu tespit edilmiş bireylere yönelik önleme çalışmaları üzerinde durulmaktadır. Bu sebeple ilk karşılaşma 1. Basamakta görev yapan sağlık personelleri olduğu için çocuk istismarının saptanmasında ve bundan sonraki süreçlere yönlendirmede yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları gerekmektedir.

Risk grubunda olan veya istismar mağduru olan çocukların erken dönemde tespiti, oluşabilecek travmanın etkisinin azaltılması, ikincil örselenmelerin önlenmesi, istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin şekilde müdahale edilmesi, adli ve tıbbi sürecin etkili olarak işlemesi, kolluk, adli merciler, ASPİM ve diğer kurumlarla koordinasyonun sağlanması gibi birçok konu hakkında çocuğun yüksek yararını gözeterek şekilde görüşme ve yönlendirme yapabilecek niteliklere ve eğitime sahip sağlık personelinin olması çocuk istismarının önlenmesinde ve travmanın şiddetinin azaltılmasında kilit rol oynayacağı düşünülmektedir. Aile hekimlerinin günlük uygulamada dikkatli olması çocuklukta gelişebilecek istismar tablolarını engelleyebilecektir. Çalışmamızdaki bulgular ışığında çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanınması ve önlenmesinde 1. Basamakta görev yapan sağlık personelinin bilgi düzeyini ve farkındalığını arttırmak için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

Risk grubunda olan veya istismar mağduru olan çocukların erken dönemde tespit edebilmesi için lisans döneminde çocuk istismarı hakkında kapsamlı bilgi alması gerekmektedir. Çalışmamıza katılan sağlık personelleri eğitim almış olsalar da alınan eğitimin niteliği ve yeterliliği tartışmalıdır. Bu nedenle özellikle tıp fakültelerinde çocuk istismarı konusunun zorunlu ders olarak müfredata konulması, var ise süresinin arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

Ayrıca çocuk istismarı konusunda alınan bilgi lisans eğitimi ile sınırlı kalmamalıdır. Hekim ve hemşirelerin farkındalıklarını ve bilgilerini arttırmak için çalıştıkları kurumlar tarafından hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi gerekmektedir. Mezuniyet sonrası belirli aralıklarla ve sürekli olarak yapılan hizmet içi eğitimlerin çocuk istismarı konusunda faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sağlık personelinin çocuk istismarına ilişkin hukuki ve yasal süreç hakkında, konuya ilişkin hizmet veren kuruluşlar ve bu kuruluşlarla ne şekilde iletişime geçileceği konusunda bilgi eksikliği bulunmaktadır. Sürece ilişkin bir diyagram oluşturulup, ilk bildirim yapacakları kuruluştan başlayıp, adım adım başvuru yapılacak kurumlar ve çocuklara yönelik hizmetler hakkında bilgilendirme broşürleri ve el ilanları hazırlanarak ASM'lerde görünür yerlere asılması ve dağıtımının sağlanmasının bu konularda eksiklikleri gidereceği düşünülmektedir.

Şiddet mağduru kadınların çocuklarının da doğrudan ve ya dolaylı şekilde istismara uğrama riski göz önünde bulundurulacağından aile sağlığı personeli tarafından şiddete maruz kalındığında başvuru yapılacak birimler hakkında (Cumhuriyet Başsavcılığı, ASPİM ve bağlı kuruluşları ŞÖNİM, Kadın Konuk Evleri, ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Engelli Hizmet Hattı, Polis merkezleri, Jandarma Karakolları, Adli yardım kurulları, sivil toplum kuruluşları...) kadına ve çocuğa bilgilendirme yapmasının koruyucu önleyici tedbirlerin etkin olarak uygulanmasına destek vereceği düşünülmektedir. Bu sebeple tüm asm personeli konu ile ilgili eğitilmeli, hizmet veren kuruluşların broşürleri ve el ilanları asmlerde bulunmalıdır.

Hemşire ve ebeler tarafından yapılan izlemlerde ve ev ziyaretlerine çocuk istismarı ve ihmali açısından riskli aileler (annenin genç yaşta olması, istenilmeyen gebelik, evlilik dışı bebek, babanın madde kullanımı, işsizlik, yoksulluk, anne veya babanın engelli olması gibi...) tespit edilmelidir. Gerekli durumlarda ASPİM'e bildirim yapıp ekonomik ve sosyal desteğin sağlanması için süreç başlatılmalıdır.

Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili akademisyenler, pediatristler, psikiyatristler ve bu alanda hizmet veren diğer uzmanlarca yapılandırılmış/yarı yapılandırılmış çocuk istismarı tanılama ve izlem formları geliştirilmelidir. Bu formlar hemşireler, ebeler ya da sosyal hizmet uzmanlarınınca risk grubuna uygulanmalıdır. Yapılandırılmış formlar sayesinde ASM personelinin iş akışı bozulmayacak şekilde her çocuğa ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Oluşturulan formlar aracılığı ile riskli aileler (tek ebeveyn, genç anne-baba, düşük sosyo-ekonomik düzey, madde kullanımı olan ebeveyn vb.) ve risk altındaki çocuklar (mental problemlili, prematüre olan) belirlenip, sık sık izlenmelidir. Ailenin çocukla sağlıklı iletişim kurabilmesi için gerekli sosyal destek sağlanmalıdır. Çocuğun doğumundan önce belirlenen riskli aileler doğumdan sonrada yakından izlenerek çocuğun fiziksel, ruhsal, sosyal gelişimi için desteklenmelidir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çocuk hakkında gerekli incelemenin yapılması, çocuk istismar tanımı ve sonraki süreci izleme ve değerlendirme için sosyal hizmet uzmanı kadroları açılmalıdır.

Sağlık bakanlığı tarafından her ilde Çocuk İzlem Merkezlerinin kurulması ve bu merkezler hakkında özellikle sağlık personelinin merkezler hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. İstismar hem tıbbi, hem sosyal, hem de hukuksal yönü olan bir durumdur. Emniyet Müdürlüklerindeki çocuk koruma birimleri, savcılıklar, mahkemeler, ASPİM ve sağlık kurumlarının koordineli çalışması, çocuğun sistem içinde ikincil örselenmelerden koruyacağı düşünülmektedir.

Çocuk istismar ve ihmal olgularının değerlendirilmesi ve verilen kararlarda, çocuğun yüksek yararı düşünülerek; risk altında bulunan çocukları korumak, sağlıklı gelişimlerini sağlamak, desteklemek ve geleceğe hazırlamak için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına önemli roller düşmektedir.

Yine gizlenme eğiliminin sıklıkla görüldüğü istismar olgularında mağdur olan çocuklara ulaşmayı kolaylaştırmak için ASPİM konu ile ilgili ALO 183 hattından bağımsız olarak sadece çocuklara özgü alo yardım hatları açılabilir.

Tüm bu koruyucu önleyici ve rehabilite edici hizmetlerin sunulabilmesi ve Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Barolar birliği, Cumhuriyet Başsavcılıkları, STK'lar ve gönüllü kuruluşlar koordinasyon halinde çalışmalıdır.

Çocuk istismarının önlenmesinin ve müdahalesinin, doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanları, öğretmen ve bu uzmanların çalıştıkları kurumların disiplinler arası bir yaklaşımıyla çözülecek ve önlenilecektir. Ülkemizde de bu tip yaklaşımlar ivme kazanmaktadır. Önleme ve tedavi süreçlerinde multidisipliner ekip çalışması kesinlikle gerekmektedir. Ayrıca çocukla karşılaşan bütün meslek elemanlarına konu ile ilgili farkındalık eğitimleri yapılabilir.

Özellikle cinsel istismar konusunda çocuklara nelerin uygun davranışlar olduğunun öğretilmesi, gerektiğinde hayır diyebilmeleri ve yardım alabilecekleri kimselerin olduğu öğretilmelidir. Çocukların kendilerini koruyabilmeleri üzerine okullarımızda eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Ayrıca bu tür programlar sadece çocuklarla sınırlı kalmamalı, ebeveynlere de verilmelidir.

Çocuğun yaş özelliklerine uygun kendisini koruma ve uygun güvenlik programları ile konu ile ilgili uzmanlarca (Sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişim uzmanları, rehber öğretmenler) bilgilendirme yapılması ve hatta konunun müfredata zorunlu ders olarak konulmasının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bunlara ek olarak günümüzde sosyal medyanın ve kitle iletişim araçlarının önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Çocuk istismarı ve ihmali konusuna sıklıkla yer vermesi, konu ile ilgili kamu spotlarının yayınlanması, konunun gündemde tutulması, anne, baba ve çocukları bilgilendirici yayınlar yapılması, broşür, CD, video gibi görsel işitsel materyallerin çoğaltılması ile bu konuda farkındalığın arttırılacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Aksoy, E., Çetin, G., İnanıcı, MA., Polat, O., Sözen, MŞ. ve Yavuz, F., (2000). *Adli Tıp Ders Notları*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 95-119.
- Altunsu, B. (2004). *Çocuklara bakım veren hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali ni tanıyabilmeleri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, ÖE., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Demir, H. (2012). *Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal Ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3), 128-134.
- Güney, S. (2010, Ekim). Aile Hekimliğinde Yeni Gelişmeler ve Anne-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri. *1. Sosyal Pediatri Kongresi*, Kuşadası.
- Kabanlı, A. (2010, Ekim). Aile Hekimliğinde Yeni Gelişmeler ve Anne-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri. *1. Sosyal Pediatri Kongresi*, Kuşadası.
- Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Dergisi*, 47(2), 140-151.
- Kara, Ö. (2010). *Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Kara, Ö., Çalışkan, D., Suskun, E. (2013). Ankara İlinde Görev Yapan Çocuk Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49, 57-65.
- Burcu, E. (2002). Üniversitede Okuyan Özürlü Öğrencilerin Sorunları: Hacettepe Beytepe Kampüsü Öğrencileri Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 19(1), 83-103.
- Kocaer, Ö. (2006). *Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö., Serindağ, S. (2007). Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 13-22.
- Özden, D., Yıldırım, N. (2009). Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 73-81.

- Şanyüz, Ö. (2009). *Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımları*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.
- Tercan, M. (1995). *Çocuğun Ana-Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergi*, 15(9), 153-7.
- Türk Ceza Kanunu, (2004). Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>.
- Uysal, A. (1998). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Üstündağ, A., Aktaş, E. (2015). Çocuk İzlem Merkezleri. *7.Risk Altında ve Korunması Gereken Çocuklar Sempozyumu*, s.171-192.
- Yarar, F., Yarış, F. (2011). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(4), 178-183.
- Yehuda, YB., Schwartz, SA., Ziv, A., Jedwab, M., Benbenishty, R., (2010). Child Abuse and Neglect: Reporting By Health Professionals and Their Need For Training. *Imaj Journal*, 1, 598-602.
- Zeyfeoğlu, Y., Uluçay, T., Yavuz, MS., Aşirdizer, M. (2010). Adli Tıbbi Uygulamalarda Hatalı Tanımlama, Yanlış Karar: Olgu Sunumu. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 16, 185-8.