

Çocuk İstismarı ve Pediatri Hemşiresinin Rolü

Child Abuse and Role of Pediatric Nurse

Selen Özakar AKÇA ¹, Semra SÖNGÜT ²

1. Yrd. Doç. Dr., Hitit Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çorum, Türkiye

2. Öğr. Gör., Hitit Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çorum, Türkiye

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını; “Çocuğun sağlık, büyüme ve gelişmesini olumsuz olarak etkilenmesine sebep olan her türlü fiziksel ve/veya duygusal, cinsel, ihmal/ihmale neden olacak ticari reklam amaçlı/diğer bütün etkileme şekilleri de içinde olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalması” olarak tanımlamıştır. Türkiye’de 7-18 yaş grubu çocukların %25’inin ihmale uğradıkları, %43’ünün fiziksel, %51’inin duygusal ve %3’ünün cinsel istismar yaşadıkları vurgulanmıştır. Bununla birlikte, 6-14 yaş arası çocukların %4,2’sinin, 15-17 yaş arası çocukların da %28’inin ekonomik istismara uğradığı bildirilmiştir. İstismarı artıran önemli faktörler arasında maddi durumun yetersizliği görülmektedir. Çocuk istismarı, etiyojisi, tanı ve tedavisini içeren tüm boyutları ile karmaşık bir olay olarak değerlendirilmekte, çocukların istismardan korunması, erken tanı ve tedavi süreçlerinde multidisipliner ekibin görev alması gerekmektedir. Ekip içerisinde görev alan pediatri hemşireleri, istismar belirleyicilerini bilmesi, kötü muameleyle maruz kaldığından şüphelenilen çocukları erken dönemde tespit etmesi, onları doğru merkezlere yönlendirmesi ve tedavi/rehabilitasyonlarını sağlmasıyla ekipte önemli bir rol taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk hemşiresi, ihmal, istismar, pediatri

ABSTRACT

World Health Organization (WHO) describes child abuse; “Exposure to all kinds of attitudes and behaviors including commercial advertising or any other form of influence that may cause any physical and / or emotional, sexual, negligence or neglect to cause adverse effects on health, growth and development of children”. 25% of the children aged 7-18 were neglected, physical abuse was seen 43%, emotional abuse was 51% and sexual abuse was 3%. However, 4,2 % of children 6-14 and 28 % of children 15-17 were reported to be exposed to financial abuse. Besides, poor financial situation is considered to be among the most important factors inducing child abuse. Child abuse is considered a complex event with its all dimensions including the etiology, diagnosis and treatment; protecting the children from abuse is essential and a multidisciplinary team of professionals during early diagnosis and treatment is needed. Pediatric nurses in the team play a significant role in; recognizing the signs for abuse, early-identification of the children likely to be exposed to maltreatment, directing them to the appropriate centers and providing them with the treatment/rehabilitation.

Keywords: children’s nursery, neglect, abuse, pediatry

İletişim

Sorumlu Yazar: Yrd. Doç. Dr. Selen Özakar AKÇA

Adres: Hitit Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Samsun Caddesi, 19000 ,Çorum, Türkiye

Tel: +90 (364) 223 07 32-3513. **Fax:** 0364 223 0730

E-Posta: selenozakar@hotmail.com - selenozakar@hitit.edu.tr

Makale Geliş: 20.02.2018

Makale Kabul: 30.07.2018

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.397204

GİRİŞ

Çocuk ihmal ve istismarı (Çİİ), önemli bir halk sağlığı sorunu olan küresel bir olgudur (1). Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; “Çocuğun sağlık, büyüme ve gelişmesinin olumsuz olarak etkilenmesine sebep olan her türlü fiziksel ve/veya duygusal, cinsel, ihmal/ ihmale neden olacak ticari reklam amaçlı/ diğer bütün etkileme şekilleri de dahil olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalması” şeklinde tanımlamaktadır (2). Çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen davranışların tamamı çocuk istismarı olarak belirtilir.

Çocukların ihmali de istismar olarak kabul edilmektedir. Çocuk ihmali, çocuğun bakımından sorumlu kişi/ kişilerin bakım sorumluluğunu yerine getirmemesi, çocuğun fiziksel/ duygusal ihtiyaçlarını karşılamaması olarak tanımlanırken, çocuklara bakım veren kişi/kişilerin onun bedensel, zihinsel, duygusal gelişimlerini yeterince karşılamamasına bağlı olarak çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi şeklinde de belirtilmektedir (3). İhmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olması, ihmal ve istismar kavramları arasındaki farkı ortaya koymaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü (2016), yetişkinlerin 1/4’inin çocukken fiziksel istismara uğradığını, erişkin kadınların 1/5’inin, erkeklerin ise 1/13’inin çocuk çağlarında cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmiştir (2). Yapılan çalışmalarda, çocuk istismarı sıklığının Almanya’da %15, İngiltere’de %13.6 ve Hollanda’da %4.9 olduğu gösterilmiştir (5). İran’da yapılan başka bir çalışmada, çocukların %66’sının istismar tiplerinden en az birine maruz kaldıkları; %5’inin fiziksel ve %60,1’inin duygusal istismarla ve %38,3’ünün ihmalle karşılaştığı belirlenmiştir (6).

Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010) sonuçlarına göre; okul, aile vb. ortamlarda 7-18 yaş grubu çocukların %25’inin ihmale maruz kaldıkları, %43’ünün fiziksel, %51’inin duygusal ve %3’ünün cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir (7). Çocuk Koruma Servisleri tarafından 2011 yılında 681.000 çocuğun ihmal ve istismara uğradığı tespit edilmiştir. Bu çocukların %78,5’inin daha öncesinde de ihmal edildiği, %9,1 oranıyla en yaygın kötü davranış şeklinin cinsel istismar olduğu bildirilmiştir (8).

Çocuk istismarı, günümüzde bütün etnik grupların ve sosyo-ekonomik sınıfların ortak bir sorundur (9). Bu sorunu tetikleyen bazı etkenler incelen-

diğinde, önemli bir faktör olarak maddi durumun yetersizliği yer almaktadır. Çünkü maddi durum yetersizliği; eşler arasında çatışma, çocukların uygun olmayan iş koşullarında çalıştırılması, kötü beslenme ve barınma/ sağlık bakım gereksinimlerine erişememe gibi sonuçlara neden olmaktadır. Bunlarla birlikte özellikle kız çocuklarını okula gönderme, çocuk evlilikleri, seks işçiliği/ çocuk pornosu, kız çocukların abortusu/ kızların sünnet edilmesi vb. toplumların kültürel davranışları istismarı arttıran etkenler arasındadır. Bakım vericilerin disiplin yöntemi olarak uyguladıkları dövme vb. bazı yaklaşımların da istismar riskini arttırdığı belirtilmektedir (10), ebeveynlerin fiziksel disiplin yöntemlerini kullanmasının sadece Türk kültüründe değil pek çok kültürde sık rastlanan bir durum olduğu bildirilmektedir (11). Ayrıca kurumsal bakım merkezleri de çocuk istismarının artmasına sebep olan başka bir faktör olarak ele alınmakta, son yıllarda tüm dünyaya yayılan ve giderek artan silahlı çatışma/savaş ortamları da çocukların istismar edilmesine neden olan en önemli faktörler arasında yer almaktadır (9).

Yazılı tarihin başlangıcından itibaren birçok kaynakta Çİİ'ye rastlanması ile birlikte, insanların bu konuda farkındalıkları son yüzyıl içinde artmıştır. Kempe et al. (1962) tarafından ilk kez "hırpalanmış çocuk" (battered child) olarak tanımlanan bu terim günümüzde "çocuk istismarı" (child abuse) olarak ifade edilmektedir (12). Ülkemizde ise Çİİ'ne karşı farkındalık son yıllarda gündeme gelmiştir. Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği 1988 yılında, Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) 1992 yılında kurulmuştur. Geleneksel disiplin yöntemi olarak görülen dayak olgusunun istismar kapsamında değerlendirilmesi ise ancak 1985'li yıllarda başlamıştır.

Türkiye'deki hastanelerin çoğunda ekip çalışması anlayışı henüz yeterince yerleşmediği için istismara uğrayan çocuk hastaneye başvurduğunda bölümler arasında gidip gelmekte, hastaneye ilk başvuruda karşılaşılan hekim çoğunlukla bu konuda uzmanlığı olmayan biri olmakta, ilk öykü ve muayene acil/ poliklinik gibi hastanenin en yoğun bölümlerinde yapılmaktadır. Çocuk ihmal ve istismarı olgularına en uygun tedavi ve yaklaşım çok merkezli bir ekip çalışması ile sağlanabileceği bilinmektedir. Bu amaçla il ve ilçelerdeki bazı hastanelerde Çocuk Koruma Birimleri kurulmuştur. Çocuk Koruma Birimleri, Çİİ'nin tanınması ve Çİİ'ye uğrayan çocuğun örselenmeden izlemi, gerekli tedbirlerin alınması için yaptırımlarda bulunulması vb. konularda önemli faydalar sağlamaktadır (13). Etiyolojisi, tanı ve tedavisini içeren tüm boyutları ile karmaşık olaylar olarak değerlendirilen Çİİ'de korunma, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde multidisipliner ekibin görev alması gerekmektedir (14). Özellikle pediatri hemşireleri, ihmal ve istismar belirleyicilerini bilmesi ve kötü muameleyle maruz kaldığından şüphelenilen çocukları erken dönemde tespit ederek onların doğru merkezlere yönlendirilmesi, tedavi ve terapilerinin sağlanması gibi nedenlerle bu ekipte önemli bir rol taşımaktadır. Konu ile ilgili literatür incelemeleri, hemşirelerin Çİİ konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi

olmadıklarını vurgulamaktadır (15, 16). İhmal ve istismara uğramış çocukların erken tanınmasında sağlık profesyonellerinin rolü, konunun hassasiyet ve önemi göz önüne alındığında, bu derleme ile pediatri hemşirelerinin bu konudaki farkındalıklarını artırılması amaçlanmıştır.

ÇOCUK İSTİSMAR TIPLERİ

Çocuk istismarı; ihmal, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere dört farklı boyutta ele alınmaktadır (17). Fakat son yıllarda gözlemlenen artış nedeniyle ekonomik istismar da ana başlıklar içerisinde bulunmaktadır (14).

İhmal

Çocuk ihmali, çoğunlukla ebeveynin, ilgili kurumların/ devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde ifade edilmektedir. Çocukla alay etme, aşağılama, çocuktan kapasitesinin üstünde fazla beklenti içinde olma, aşırı koruma, bağımlı kılma, aşırı otorite, çocuğun davranışlarıyla uyumsuz olan ağır cezalandırma yöntemi uygulama ve fiziksel iz bırakmasa da yüze şiddet uygulama, beslenme, giyim, tıbbi gereksinimler, duygusal ihtiyaçlar/ optimal yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi eylemler "Çocuk İhmali" kapsamında değerlendirilmektedir (18).

Epidemiyolojisi

İhmal, tüm istismar tiplerine göre daha sık görülmektedir. Fiziksel istismardan iki kat, cinsel istismardan beş kat daha fazla görülmesine rağmen ihmal konusundaki çalışmalar istismar çalışmalarından daha az olduğu için gerçek sıklığı bilinmemektedir. Kanada'da yapılan ulusal bir çalışmada ihmal olgularının %19'unun fiziksel ihmal, %12'sinin terk, %11'inin eğitimsel ve %48'inin ailelerinin eksik denetimi nedeniyle çocukların fiziksel zarar görmesi şeklinde olduğu belirtilmiştir (19). Türkiye'de çocuk ihmali insidansını gösteren tüm ülkeyi yansıtan bir çalışma yapılmamıştır. Polat et al. (2010)'nın Ankara'da, beş yaş altı çocuğu olan 513 aileyle gerçekleştirdikleri çalışmada, düşük sosyo-ekonomik düzeyin ailelerin ihmali algılayışlarını ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir (20). Dağlı ve İnanıcı (21) tarafından yapılan çalışmada ise 0-3 yaş grubundaki çocuk ihmalinin kızlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

İhmalin Belirleyicileri

Fiziksel Göstergeleri; sürekli açlığa bağlı kötü beslenme işaretleri, keçeleşmiş saçlar, kirli cilt/ ağır vücut kokusu, mevsim koşullarına uygun olmayan kıyafetler, denetimsizliğin olması, ihmal edilmiş fiziksel problemler ve tıbbi gereksinim, normal tartının altında olma, kötü gelişim gösterme, büyüyememe, bitlenme, karın şişmesi, aşırı zayıf görünüşü, uykusuz ve yorgun görünmedir.

Davranışsal Göstergeleri; kendi kendine zarar veren yıkıcı davranışlar, dilenme, yiyecek/ içecek çalma, okulda bulunma süresinin artması, sürekli yorgunluk, halsizlik, isteksizlik/ derste uyuyakalma, yetişkin görevlerini yüklenme, evde çocuğun ihti-

yaçlarını karşılayacak bakıcının olmaması, sürekli devamsızlık yapma/ derslere gecikmedir.

Duygusal Göstergeleri; düşük özsayı, bağlanma güçlükleri, duygusal ihtiyaç hissetme, sosyal iletişim sorunları, uygun olmayan taleplere hayır dememe, güçlük, sosyal içe çekilmedir.

Bilişsel/Gelişimsel/Akademik Göstergeleri; okula devam etme güçlüğü, özdisiplini öğrenmede zorluk, bir görevi tek başına yapamama/ üstlenememe, düşük notlar, öğrenme güçlüğüdür (21-23).

İhmal Şekilleri

Çocuklar ihmale ya diğer istismar tipleri ile birlikte ya da birden fazla şekilde maruz kalabilmektedir (21). İhmal; fiziksel, duygusal, tıbbi ihmal, gelişimin ve eğitimin ihmali şeklinde incelenmektedir.

Fiziksel İhmal; çocuğun sağlıksız, bakımsız, yeterince hijyenik olmayan, kaza yönünden riskler taşıyan bir evde yaşaması, evde kalabalık yaşamaktan dolayı yeterince uykusunu almaması, yaşı küçük olmasına rağmen evde tek başına/ denetimsiz bırakılması, beslenme, giyim, kişisel temizlik ve bakımlarının eksik olmasıdır (21, 24).

Duygusal İhmal; çocuğa yeterli duygusal yakınlık ve destek sağlanmaması/ çocuğun aile içi şiddete şahit olmasıdır (21).

Tıbbi İhmal; çocukların koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmasının engellenmesi ve bu hizmetlere ulaştırılmamasıdır. Çocuğu tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun bırakma, sağlık hizmetlerine gereksinim olduğunda ulaştırmama, sağlık çalışanlarının hasta yakınları ile yeterli iletişim kuramamasına bağlı ailelerin çocuğun tedavisi için gerekli bilgileri yeterince anlayamaması nedeniyle meydana gelen ve sağlık çalışanlarının sebep olduğu olumsuzluklar da bu grupta değerlendirilmektedir (25).

Gelişimin ve Eğitimin İhmali; genellikle kız çocukları olmak üzere okul çağına gelen çocukları okula göndermeme ve gelişimsel geriliği olan çocukların özel eğitim kurumlarından yararlanmasını engellenmesidir (21).

Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; 18 yaşından küçük çocuğun sağlığına zarar verecek derecede fiziksel olarak hasara uğratılması, yaralanması/ yaralanma riski taşınması olarak tanımlanmaktadır (26). Hasar/ yaralanmalar; elle/ bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ve ısırılarak oluşabilir (27). Ayrıca çocuğun ailesi tarafından yeterince gözetilmemesi sonucu gelişen kazalar ve anne-baba bakıcı kontrolünü kaybettiğinde/ çocuğu cezalandırmak istediğinde meydana gelen kaza dışındaki fiziksel travmalar da fiziksel istismar içinde değerlendirilmektedir (28).

Fark edilmesi en kolay ve en sık rastlanan istismar çeşidi fiziksel istismardır. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yeme bozuklukları, okula uyumsuzluk ve okuldan kaçma, sağlığı için riskli ortamlarda bulunma, intihar girişimleri ve kendine zarar verme vb. sorunların olduğu bildirilmiştir.

Ayrıca bu çocukların fiziksel şiddeti, sorunlar ile karşılaştığında çözüm aracı olarak kullanmayı öğrenmelerinden kaynaklı kendisinin de şiddet uygulayan bir eş/ebeveyn olma ihtimalinin artacağı da vurgulanmıştır (8).

Epidemiyolojisi

Fiziksel istismarın insidansına ilişkin kesin rakamlar verilememektedir. Sağlık personellerinin vakaları tanımaması, yasaları bilmemesi sonucu rapor etmede ikilemede kalması, mahkemeye gitmekten kaçınması, çocuğun devlet korumasına alınması gibi nedenler dolayısıyla vakaların bildirim yapılamamaktadır. İstismara ilişkin istatistik verileri genellikle rapor edilen vakalardan elde edildiği için gerçek değerlerin altında kalmasına rağmen, fiziksel istismarın fazlasıyla yaygın olduğu görülmektedir (29).

Çocukların yaşadıkları süre içerisinde %25'inin ebeveynleri/ bakım vericileri tarafından en az bir kez, %7'sinin ise şiddetli ve sürekli bir şekilde fiziksel istismara maruz kalmıştır (30). Dünya genelinde 111 çalışmayı kapsayan 9 698 801 kişinin araştırmaya alındığı bir metaanaliz çalışmasında çocukların %22,6'sının fiziksel istismara uğradığı belirlenmiştir (31). 2005-2006 yılında 12 aylık bir sürede toplanan verileri içeren, Amerika'da Çocuk İhmali ve İstismarı 4. Ulusal İnsidans Çalışması'nda, çocukların %44'ünün (1.256.600) istismara uğradığı ve bunların %58'inin fiziksel istismara maruz kaldığı rapor edilmiştir (32).

Ülkemizde yapılan araştırmalar çocukların fiziksel istismara uğrama sıklığının %13,9 ile %87 arasında değiştiğini göstermektedir (10). Kızların erkeklerden daha fazla istismara maruz kaldığı fakat insidanslarının yakın olduğu bildirilmiş, kızların çoğunlukla evde, erkeklerin ise ev dışında istismar edildiği tespit edilmiştir (28). İstismarda bulunan kişilerin ebeveynler/ diğer aile üyeleri, bakıcılar, arkadaşlar, yabancılar ve eş-dostların olduğu belirtilmekte (33), kızların çoğunlukla anne, baba, öğretmen, arkadaş ve büyük kardeşler tarafından, erkek çocukların da arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve tanımadıkları kişiler tarafından istismara uğradığı bildirilmektedir (7). Ayrıca engelli bireyler de kendilerini savunamama, istismar edildiğini söyleyememe/ istismar eden kişiye karşı kendini koruyamama gibi nedenlerle istismar açısından risk altındadır (22).

Fiziksel İstismarın Belirleyicileri

Açıklanamayan Yara Bere ve Darbe İzleri; yüzde, dudak ve ağız çevresinde, gövdede, sırtta, kalçada, baldır ve bacaklarda meydana gelmiş morluklar, değişik düzeylerdeki iyileşme belirtilerinde el ve ısırık izleri, kümelenmiş ve düzenli görünümdeki şekiller, kemer, elektrik kablosu gibi acı vermek için kullanılan materyal izlerinin tatil, hafta sonu vb.gibi bir durum sonrası yineleyerek ortaya çıkma durumunun olmasıdır.

Açıklanamayan Yanıklar; özellikle ayak tabanlarında, avuç içinde, sırtta/ kaba etteki puro ve sigara ile yakma izleri, daldırma yanıklarının olmasıdır. Bu yanıklar, eldiven/ çorap tarzında keskin sınırlıdır ve çocuğun el ve ayaklarının biri tarafından kaynar

suya daldırılması ile oluşur. Kaza ile bu şekilde keskin sınırlı yanıklar oluşmaz.

Açıklanamayan Kırıklar/Çıkıklar; kafa derisinde eksik saç, morarma, vücudun belli bölgelerinde kesikler, kırık kemikler, iç kanama gibi hemen meydana çıkabilen durumların olmasıdır.

Davranışsal Göstergeleri; cezalandırılmayı hak etmiş gibi davranma, yetişkinler ile iletişim kurmaktan çekinme, ebeveyne karşı korku, eve gitmeye karşı korku, ebeveyn tarafından ifade edilen yaralanmalar, kendi kendine zarar veren, aşırı derecede çekingen/ saldırgan tutumlar, fiziksel temastan rahatsız olma, ürperme, ağrısının olması, hava koşullarına uygun olmayan ve vücudu saklamak için giyilen kıyafetler, diğer çocukların ağlamasına karşı duyulan hassasiyet, okula erkenden gitme ve okuldan geç ayrılma isteği, özellikle adolesanlarda evden kaçma, sosyal işlevsellik alanında problemler, yakın ilişki kurmada sorun yaşama, çatışmalı, duygusal yoğunluğu az ve yoğun öfke içeren ilişkilerin olmasıdır.

Bilişsel/Akademik Göstergeleri; gelişimsel sorunlar ve okul başarısında azalmanın olmasıdır. Uzun ve Kısa Dönemli Psikolojik Sonuçları; izole olma, korku duyma, güven eksikliği, depresyon ve kaygı, azalmış özdeğerlilik, ilişki kurmada ve sürdürmede sorun yaşama, yeme problemleri, travma sonrası stres bozukluğu sendromu ve intihar girişimlerinin olmasıdır.

Uzun ve Kısa Dönem Davranışsal Sonuçları; suçluluk duyma, genç yaşta, istenmeyen gebelik, uyuşturucu kullanımı/ eğilim, düşük okul başarısı, şiddet ve suç davranışlarına, alkol ve diğer uyuşturucu madde bağımlılıklarına ve kötüniyetli davranışlara daha fazla oranda eğilim göstermez (21-23).

Fiziksel İstismar Şekilleri

En sık karşılaşılan istismar şekilleri dövülme, yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma, prenatal şiddet sonucu yaralanma, fetal ölümler/ Sarsılmış Bebek Sendromu şeklinde olabilmektedir. Bunların yanında Münchausen by Proxy (Pole) Sendromu da çocuğun fiziksel istismarının ciddi bir türü olarak ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda hamilelik sırasında annenin aşırı alkol/ uyuşturucu madde kullanması ve infantisit olarak ifade edilen yenidoğan cinayetlerinin de istismarlar içinde değerlendirildiği görülmektedir (34).

Dövülme; çocukların ebeveyn/ bakım vericileri tarafından el, yumruk, sopa, süpürge, baston/ kemer gibi aletler kullanılarak şiddete maruz kalmasıdır. Çoğu zaman baş, ense sırt ve kalçalarda ekimozlar görülmektedir (35). Ekimozların yakınında bulunan kemiklerde kırıklar oluşabilmektedir. Ağza yumruk atıldığında dudaklarda kesik yarasına benzer lezyonlar/ kenarları düzensiz lezyonlar görülebilmekte, dişlerde ve yüz kemiklerinde kırıklar meydana gelmektedir (21). Çocukların bir yere bağlanması/ zincirlenmesi, kulağının çekilmesi, saçının çekilmesi, çimdiklenmesi, ağır bir yük taşımaya zorlanması/ ceza olarak egzersiz yaptırılması gibi davranışlar çocukların maruz kaldığı diğer fiziksel istismar davranışlarıdır (35).

Yanıklar; istismar amacıyla en sık üç ve daha

büyük yaşlarda görülmektedir. Kaza nedeniyle oluşan yanıklar genellikle iki yaş altı çocuklarda görülmektedir. İstismarda yaygın olarak görülen yanık türü, alt ekstremiteler ve/veya perine/ kalçalarda sıcak suya batırma sonucu oluşan yanıklardır (36). Çocuklara ebeveyn/ bakım vericileri tarafından çoğunlukla tuvalet eğitimi sırasında cezalandırma nedeniyle, zorla tutularak sıcak suya batırılma yapıldığı belirtilmektedir. Çocuk bezleri haşlanma yanıkları açısından koruyucu olduğu için, süt çocuklarında kalçalarında ve uyluk üst kısımlarında görülen yanıkların kaza sonucu olma olasılığının az olduğu bildirilmektedir. Sigara yanıklarının daha çok, eller, kollar, baş ve boyun gibi elbisesiz alanlarda görülmektedir (21).

Sarsılmış Bebek Sendromu; genellikle iki yaşın altında bazen de altı yaşına kadar görülebilen fakat çoğunlukla altı aydan küçük bebeklerde karşılaşılan bir istismar türüdür. Bakım vericiler için bu sendromu tetikleyen en önemli risk faktörü; ağlama ve bebeğin susturulmasında zorluk yaşanmasıdır. Sarsılmış Bebek Sendromu genellikle sınırlı bakım verici tarafından susturmak/ uyutmak amacıyla hızlı ve giderek artan şiddette sallanan bebeklerde ortaya çıkmaktadır. Bu bebeklerde beyin dokusu kafa içerisinde ileri geri hareket etmesi sonucu beyindeki köprü venleri yırtılmakta, subdural hematoma, konfüzyon ve beyin kanaması olmaktadır (37).

Munchausen by Proxy Sendromunda; çocuğun ailesi çocukta bir hastalık varmış gibi davranmakta/ hastalık uydurmakta ve çocuğu doktora götürmektedir. Böylelikle çocuk tıbbi öykü, laboratuvar testleri/ tıbbi tedavi sebebiyle zarar görmektedir. Bazı vakalarda ise ebeveyn doğrudan zehirleme, ilaç verme, çocuklarını arıya sokturma vb. zararlı girişimler ile çocuğa zarar verebilmektedir (38).

Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çevredeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimine zarar verici eylemler/ eylemsizlikler olarak tanımlanmaktadır. Duygusal istismar; sözel istismarı ve fiziksel olmayan ancak ağır cezalar/ tehditleri içermektedir (4).

Duygusal istismar, kapsamı ve sınırlarının tanımlanması çok zor olan bir istismar şeklidir. Çocuğuna fazla düşkün olan aşırı koruyucu anne, ergenlere özgürlük ve sorumluluk tanımayan baskıcı ebeveyn, kız çocukların eğitim ve öğrenimini engelleyen aileler, gereksiz yere çocuk ve gençleri suçlayan kurumlar vb. duygusal istismarın günlük yaşamda yer alan, fakat fark edilmeyen yansımalarıdır (39).

Duygusal istismar; fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut bulguların olmaması ve tek başına bulunabileceği gibi diğer istismar türleri ile birlikte görülmesi özelliği ile diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır (14).

Epidemiyolojisi

Duygusal istismarın tanımı ve tanımlanmasındaki zorluklar nedeniyle insidansı açısından sağlıklı veriler bulunmamaktadır. Duygusal istismarın, çocukluk çağı travmatik yaşantıların temeli olduğu düşünüldüğünde; kız ve erkek çocuklar arasındaki

oranlarda önemli bir fark olmadığı, 6-8 yaş arasında pik yaptığı ve ergenlik boyunca da hemen hemen aynı düzeyde bulunduğu ve fiziksel istismar olgularının yaklaşık %90'ına duygusal istismarın da eşlik ettiği görülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda (40, 41) istismar çeşitlerinden duygusal istismarın yüksek oranlarla ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir. Ayrıca duygusal istismar alt tiplerinin (reddetme, tek başına bırakma/ izole etme, yıldırma/ korkutma, suça yöneltme/ itme, duygusal tepki vermeyi reddetme, aşağılama, kendi çıkarın akullanma, vaktinden önce yetişkin rolü verme) sıklığının incelendiği çalışmada yıldırma/ korkutmanın en yüksek orana sahip olduğu bildirilmektedir (42).

Duygusal İstismarın Belirleyicileri

Fiziksel Göstergeleri; konuşma ve iletişim bozuklukları, büyüme ve gelişmenin yavaşlaması, çocukta bulunan astım, alerji gibi hastalıkların şiddetlenmesi, alkol, uyuşturucu vb. madde bağımlılığının olmasıdır.

Davranışsal Göstergeleri; parmak emme, salınma, tik vb. alışkanlık sorunları, suça karışma, antisosyal ve yıkıcı davranışlar, nevroitik bozukluklar, uyku problemleri, oyun oynamada uyumsuzluk, davranış bozuklukları, pasiflik/ saldırganlık gibi aşırı davranışlar, kendine zarar verici davranışlarda bulunma/ intihar düşüncelerinin olmasıdır.

Duygusal Göstergeleri; sosyal ilişkilerden kaçma/ ilişkilerde uyumsuzluk, yaşının gerektirdiği şekilde davranamama, akranlarına uyum sağlamamadır.

Bilişsel/Akademik Göstergeleri; gelişimsel gecikme bilişsel gecikmeye neden olduğu için çocuğun akademik performansının olumsuz etkilenmesidir (21-23).

Duygusal İstismar Şekilleri

Duygusal istismara neden olan davranışlar, daha çok çocuğun yakın çevresinde bulunan yetişkinler tarafından gösterilmektedir. Duygusal istismarın çocuklara uygulanma tipleri (39);

Reddetme; ebeveynlerin çocukla bağlanma geliştirmeyi kabul etmemesi ve buna yönelik davranış sergilemeleridir. Ayrıca reddetme; ebeveynin çocuğun gereksinimlerini karşılayamaması, onu ayrı bir birey olarak kabul etmemesi, o yokmuş gibi davranması, çocuğun olumlu yönlerini ortaya çıkarmak/ motive etmek için herhangi bir şey yapmaması, yardım isteklerini görmemesi, çocuğa hiçbir işe yaramıyor hissi vermesi, fiziksel temastan kaçınması, ona dokunarak yakınlığını belli etmemesi, hor görmesi, isim takması, alay etmesi ve çocuğun yaptıklarını onaylamaması olarak da belirtilmektedir.

Tek Başına Bırakma / İzole Etme; ebeveynin çocuğu toplumsal ilişkilerden ve kendinden uzak tutması, çocuğun bu tip ilişkilere girmesini sağlayacak fırsatlar sağlamaması/ kasıtlı olarak bu fırsatları engellemesi, odasına/ başka kapalı alanlara bırakarak cezalandırması, çocuğun yalnız olduğuna inanırılması durumudur.

Yıldırma/Korkutma; ebeveynin sözel ve fiziksel saldırılar ile çocuğu korkutması, aşağılaması, tehdit etmesi ve gözdağı vermesidir. Bu durum ço-

cuğun korku dolu bir ortamda yaşamasına sebep olmaktadır. Çocuğa söylenen "beni üzersen ağlarım, seni bırakırım, çok hasta olurum, üvey anne eline kalırsın, annesiz büyürsün" gibi ifadeler çocukta suçluluk ve öfke hislerine yol açtığı için çocuğun istismarına neden olmaktadır.

Suçta Yöneltme / İtme; antisosyal davranışlara özendirme, çocuğa toplumsal açıdan olumsuz örnek olunması, kötü örnekler gösterilerek o yola yöneltmesidir. Ayrıca ebeveynlerin çocuğa karşı göstermiş olduğu aşırı hoşgörülü davranışların, çocuğun birçok olumsuz davranışını görmezden gelme gibi tutumlarında çocuğun sağlıklı davranış gelişimini engelleyeceği bildirilmektedir.

Duygusal Tepki Vermeyi Reddetme; çocuğun sağlıklı olarak hem duygusal hem de sosyal gelişimini sağlayacak tepkilerin verilmemesidir.

Aşağılama; ebeveyn/ çevresindeki kişilerin çocuğun küçük düşmesine neden olacak, onurunu zedeleyecek söz ve davranışlarda bulunması, çocukta yetersizlik duygusu uyandıracak lakaplarla çağırılmasıdır.

Kendi Çıkarına Kullanma; ebeveynin özellikle sorunlu evliliklerde çocuğu evlilik güvencesi olarak kullanmasıdır.

Vaktinden Önce Yetişkin Rolü Verme; çocuktan sürekli başarıların beklenmesi, yapamayacağı şeyleri başarması için baskı olması, yaş dönemine uygun olmayan sorumluluklar verilmesini içermektedir.

Cinsel İstismar

Çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel gereksinim ve isteklerini karşılamak, uyarı ve doyum için zorla/ ikna edilerek kullanılması cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır. Teşhircilik, fuhuşa zorlama, pornografi, ensest, genital bölgeye dokunma, cinsel taciz ve tecavüze kadar çok geniş yelpazedeki tüm davranışlar cinsel istismar kapsamında ele alınmaktadır (43).

Bunlarla birlikte gelişim döneminde olan iki çocuk arasında geçen cinsel organlarını gösterme/ dokunma tarzı cinsel eylemler zorlama olmadığı durumda cinsel oyun olarak tanımlanmaktadır. Her iki çocuk da 4 yaşın altındaysa/ iki çocuk arasındaki yaş farkı 4' ten az ise ve çocuklar bu davranışı tam olarak kavrayacak olgunlukta değilse bu durum cinsel oyun olarak değerlendirilmektedir (21).

Cinsel istismar, çocuk istismar türleri içinde tespit edilmesi en güç istismar çeşididir. Cinsiyet, ırk, sosyal ve etnik köken ayrımı olmaksızın kişiyi, ailesini ve toplumu bütünüyle etkileyen önemli bir sorundur (44). Cinsel istismarın yaklaşık %20 -25'ini ensest vakaları oluşturmaktadır, genellikle mağdurun tanıdığı biri tarafından uygulanmaktadır (21). Günümüzde oldukça sık görülmesine rağmen, bu durum genellikle gizli kalmakta ve çocuklar yıllarca cinsel istismara uğramaktadır (45).

Cinsel istismarın nedenleri arasında; annenin, babanın/ her ikisinin birden kaybı, eşler arasındaki iletişim bozuklukları/ anlaşmazlık, boşanma/ ayrı yaşama, alkol ve madde kullanımı, işsizlik, düşük sosyo-ekonomik seviyede olma, çocukların evlilik dışı olmaları/ zeka ve gelişme geriliği gibi kronik hastalıklarının bulunması yer almaktadır (46).

Epidemiolojisi

Çocuklarda cinsel istismar çok yaygın ve ciddi bir sorundur. Cinsel istismar sıklığı kız çocuklarında %6-62, erkek çocuklarında ise %3-39 arasında değişen oranlara sahiptir (47). Kızların %25'inin, erkeklerin de %15'inin ergenlik öncesinde cinsel istismara uğradığı belirtilirken, vakaların sadece %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması (2014) raporlarına göre, 7-18 yaş grubundaki çocukların en az %10'unun bir tür cinsel istismara şahit olduğu, en az %1'inin pornografik içeriklere bakmaya zorlandığı, en az %5'inin de dokunma/dokunulma gibi cinsel davranışlara maruz kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca çocuklara yapılan cinsel istismarın %51'inde dokunma olmadığı, %5'inde anal/ vajinal ilişki olduğu belirtilirken, erkeklerin %42'sinin anal ilişki/ bu ilişki girişimine zorlandığı ve kızlarda bu oranın %72 olduğu vurgulanmaktadır (21).

Cinsel İstismarın Belirleyicileri

Cinsellikle ilgili konulara aşırı ilgi/ ilgisizlik göstermesi, cinsellik içeren davranışlarda bulunması, sık sık öpme isteğinde bulunması, genital organlarına dokunmaya çalışması/ sürtünmesi, kendi cinsel organını başkalarına gösterme uğraşı, bedeninin kirli olduğunu söylemesi, çizdiği resimlerinde/ oyunlarında cinsel istismar yaşadığını düşündürecek durumların varlığı, tuvalet alışkanlığı edinmiş bir çocukta altını/ yatağını ıslatma, bebeksi davranışlarda bulunmadır (48).

Cinsel İstismar Şekilleri

Temas İçermeyen Çocuk Cinsel İstismarı; içerisinde çocukla cinsellik içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik, çocuğun cinsel gelişimi, tercihleri ve genital organlarıyla alay etme, sözlü ve duygusal şekilde gerçekleştirilen istismar, cinsel içerikli fotoğrafların çekilmesi ve çocuk pornografisi yer almaktadır (49).

Çocuk Fuhuşu; cinsiyet ayrımı yapılmaksızın istismarcıların çoğunluğunun erkek olduğu, evden kaçmış çocuklar için risk faktörü olan durumdur (49).

Çocuk Seks Turizmi; çocuğun ticari cinsel sömürüsü için çocukla cinsel eylem gerçekleştirmek üzere çocuğun kendi ülkesinden daha az gelişmiş ülkeye seyahat ettirilmesidir.

Çocuk Pornografisi; çocuğun gerçekte/ taklit yoluyla cinsel eylemlerde bulunur şekilde herhangi bir yolla teşhir edilmesi/ çocuğun cinsel organlarının, cinsel amaç içeren bir şekilde gösterilmesidir (50).

Çocuk Evlilikler; Türk Medeni Kanunu'na göre 17 yaşını doldurmamış, Türk Ceza Kanunu'na göre 15 yaşını doldurmamış ve Çocuk Koruma Kanunu'na göre de 18 yaşını doldurmamış kızların evlilikleri erken yaşta evlilik/ çocuk evlilikler olarak kabul edilmektedir. Ruhsal ve fiziksel gelişimini daha tamamlayamadan yapılan bu evliliklerin büyük bir kısmı çocuğun kendi rızası dışında olmasından dolayı "erken ve zorla yapılan evlilikler" olarak da tanımlanmaktadır (51).

Pedofili; DSÖ tarafından bir erişkinin bilerek/

bilmeyerek yaptığı, çocuğun sağlığını fiziksel ve psikolojik gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar olarak tanımlanmaktadır. En genel tanımıyla çocuklara yönelik normal olmayan cinsel çekim olarak da ifade edilmektedir (52). Son yıllarda dünyada ve Türkiye'de çocuk istismarının en önemli problemi olarak değerlendirilmektedir. Pedofil kişilerin, rastlanması nadir olmayıp tüm sosyo-kültürel çevrelerde ve sosyal sınıflarda bulunabilmektedir. Pedofillerin, topluma tam anlamıyla yerleşmiş, şüphe duyulmayan kişiler olabildiği ve çocuklara yönelik cinsel eğilimlerini açıkça sergilemedikleri ve bunlardan asla söz etmedikleri belirtilmektedir (53). Ensest; evlenmeleri hukuksal, ahlaki ve dini açılardan yasaklanmış yakın akraba olan kadın ve erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları olarak tanımlanmaktadır (43). Ensest ilişkilerin saklanması ve görmezden gelinmesi çok sık yaşanmaktadır. Çünkü genel olarak ensest ilişkiler aile içi cinsel birliktelik şeklinde meydana gelmektedir ve birçok kültürde aile kutsal sayılmaktadır. Bu nedenle ensest mağduru çocukların fark edilmesinde en önemli konu, risk faktörlerinin iyi bilinmesidir (54).

Ensest için risk faktörleri olarak; alkol/ madde bağımlılığı olan baba, annenin genel sağlık durumunun kötü olması/ evden ayrılmış olması, evdeki çocuk ve erişkinlerin aynı oda/ yatağı paylaşmaları, aile üyelerindeki psikolojik/ psikiyatrik sorunların varlığı, annenin gece geç saatlere kadar çalışması nedeniyle çocukları yalnız bırakması/ çocuklara baba/ üvey babanın bakıyor olması, çocuğun genellikle 6-8 yaş arasında ve cinsiyetinin kız olması, küçük çocuklarda birdenbire gelişen fiziksel ve davranışsal değişimler, ailenin geçmişinde önceden de ensest ilişkinin bulunması, ebeveynlerde iktidarsızlık sorunları ve psikopati problemlerinin bulunması sayılmaktadır (43).

Ekonomik İstismar

Çocuğun gelişimini engelleyen, haklarını ihlal eden işlerde/ düşük ücretli işgücü olarak çalışması/ çalıştırılması ekonomik istismar olarak tanımlanmaktadır (39). Uzun süre ve uygunsuz alanlarda çalışan çocuklarda gelişimsel düzeylerine göre geri kalmalar görülmektedir. Çocuğun sadece ücretli bir işte değil evde küçük kardeşlerine bakmaya/ ev işlerini yapmaya zorlanması da ekonomik istismar anlamına gelmektedir (13).

Çocukların çalışma nedenleri ülkelerin sosyal, ekonomik ve kültürel sorunları ile ilgilidir. Gelir dağılımındaki eşitsizlik, yaygınlaşan yoksulluk, köyden kente hızlı bir şekilde göç ve bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ve ekonomik problemler, kaçak işçiliğin artması, çocuk emeğinin ucuz olması ve işverenin de ucuz işgücünü tercih etmesi sonucunda çalışan/ çalışma hayatına itilen çocuk sorunu ortaya çıkmaktadır (55).

Epidemiolojisi

Çocuk işçiliği, toplumsal bir sorun olarak halen varlığını sürdürmektedir. Dünyada çalışan çocukların sayısı yıllar içinde azalma göstermekle birlikte, özellikle düşük gelirli ülkelerin yaklaşık %30'unu, Türkiye toplam çocuk nüfusunun ise yaklaşık %11'ini çocuk işçiler oluşturmaktadır. Ül-

kemizde bu çocukların yarısından fazlası, tehlikeli işlerde çalışmaktadır (56).

Türkiye’de 2012 yılı Çocuk İşgücü Anketi sonuçlarına göre 6-17 yaş grubunda yer alan çocukların %5,9’u çalışmaktadır ve bu çocukların %68,8’ini (614 bin kişi) erkek ve %31,2’sini (279 bin kişi) kız çocukları oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 verilerine göre; çalışan çocukların %8,5’i okula devam etmemektedir. Okula devam etmeyen çocuklar yaş aralıklarına göre incelendiğinde;6-14 yaş grubundaki çocukların %2,8’i, 15-17 yaş grubundaki çocukların da %25,3’ü okula devam etmedikleri görülmektedir (57).

İnternette İstismar (Grooming)

Grooming, internet ortamında bir erişkinin kendini çocuk olarak tanıtmayı, bu şekilde sanal ortamda tanıştığı çocukların güvenini kazanarak sanal/ gerçek dünyada istismar etmesi olarak tanımlanmaktadır (58). Ayrıca grooming, bir yetişkin tarafından internet chat-masalarının kasıtlı olarak kullanılarak çocuğun cinsel istismar edilmesi/ istismara hazırlanmaya çalışılması şeklinde de ifade edilmektedir.

Avrupa Çevrimiçi Çocuklar (EU Kids Online) Projesi’nin Türkiye verilerine göre 9-16 yaş arası çocukların tamamı interneti kullanırken, internet kullanmaya ortalama 10 yaş civarında başladıkları ve günde 1-1.5 saat internet kullandıkları bildirilmiştir. Çocuklar internete girdiklerinde çoğunlukla tanımadıkları kişilere güven duydukları, kişisel bilgilerini paylaştıkları ve bunun sonucunda akran istismarı, cinsel istismar ve çocuk pornografisi gibi üç önemli riskle karşılaştıkları belirtilmiştir (14).

İSTİSMARDAN KORUNMA VE TEDAVİ

Çocukların istismardan korunması öncelikle onların doğru bir şekilde tespit edilmesiyle mümkündür. Çocuklar istismar olaylarına maruz kaldıkları zaman dışarıya karşı duygusal ve davranışsal birçok belirti göstermektedir. Bu belirtilerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, bu çocukların erken tespit edilip gerekli koruyucu çalışmaların başlatılması açısından oldukça önemlidir (54).

Çocuk istismarına bağlı ölümlerin çoğunluğu (%61) korunabilir ve önlenebilir durumlardır. Koruma önlemleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemi olarak ele alınmaktadır. Birincil koruma şiddetin ortaya çıkmasının engellenmesini, ikincil koruma erken tanı ve tedaviyi, üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış çocukların rehabilitasyonunu içermektedir (40).

Birincil Koruma; sağlık bakımı, doğum öncesi-sonrası izlem, aile planlaması, anne-babalara ve halka yapılacak çocuk bakım eğitimi, şiddet tanımlamaya ve kriz durumundaki girişimlere yönelik sağlık ekibine yapılacak eğitimi, şiddet ve istismar ile ilgili risk gruplarının tanımlanması, riskli grupların saptanması ve bu gruplara yapılacak olan danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin sağlanması, çatışma ve stres yönetimi gibi sağlık hizmetlerini içermektedir (59). Ayrıca kreş ve anaokulu gibi ailelere destek verecek sosyal kurumların yaygınlaş-

tırılması, işsizlik ve yoksullukla mücadele gibi pek çok girişim de bu kapsamda ele alınmaktadır.

İkincil Koruma; genellikle istismara maruz kalan çocuklarla ilk temasta bulunan ekibin erken tanı, tedavi ve izlem gibi çalışmalarını içermektedir (59). İstismara uğrayanların çocukların erken tanı ve tedavisi onların görecekleri zararı azaltacağından, erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılığı sağlanmalı, sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle getirilen çocuk, istismar göstergeleri açısından gözlenmelidir. İstismar vakaları çoğu zaman fark edilmediğinden ancak travma çok ciddi boyutlara ulaştığında çocuk istismarı düşünülmektedir. Bununla birlikte delillerin eksikliği, yanlış bilgiler, kültürel ve geleneksel değerler de istismarın atlanmasına neden olmaktadır. Burada önemli olan nokta çocuğa karşı yargılayıcı davranışlardan kaçınılması ve yaşanan olay ile ilgili olarak çocuğun sorumluluğunun olmadığına onaylanmalıdır (40).

Üçüncül Koruma; istismar olayının gerçekleştiği durumlarda çocuğun yaşadığı zararın en aza indirilmesi, tekrarlanmasını önleyici girişimleri, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri içerir. Bu girişimlerden etkili bir sonuç alınabilmesi için sadece istismar mağduru ile değil istismar edenlerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri gerekmektedir (40). Özellikle fiziksel ve cinsel istismar durumlarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonuçlandığında, çocuk ya ailelerine teslim edilmekte/ bir sosyal hizmet kuruluşuna yerleştirilmektedir. Yeterli destek ve rehabilitasyon hizmeti alamayan çocuk ve aile yalnız bırakılma duygusu yaşamakta, bu da istismar sonrası örselenmenin devam etmesine ve giderek kronikleşmesine neden olmaktadır. Bunun için istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik rehabilitasyon programlarının hazırlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Bu koruma çalışmalarının başarılı olması için öncelikle bu alanda çalışacak meslek elemanlarının yeterli bilgi ve birikime sahip olması, diğer meslek elemanları ile koordinasyonlu çalışabilmesi gerekmektedir. İstismar oldukça kapsamlı ve etki alanı geniş olduğu için, bu tür olgularda sadece mağdur ve fail değil tüm çevre birlikte değerlendirilmelidir. Bu nedenle bu alandaki meslek elemanlarının multidisipliner bir yaklaşım içinde olması yapılan çalışmanın başarısı açısından önem taşımaktadır (54).

Sağlık personellerinin istismardan şüphe duyulan olguları bölge polisi/ Cumhuriyet Savcılığına bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur. İstismarın bildirilmesi için kanıt gerekli değildir, yeterli bir şüphe varsa bildirim yapılmalıdır. İstismara neden olan kişi çocuğun bakımından sorumlu biriye çocuğu korumak için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na da bildirim yapılmalıdır (60).

Fiziksel istismara maruz kalan çocuğun tedavisinin daha çok çocuğa, anne babaya, aileye ve sosyal koşullara yönelik iyileştirme biçiminde yapılması planlanmalıdır (61). Çocuğu hasardan korumak ve aile ilişkilerini güçlendirmek gerekmektedir. Tedavi çok yönlü gerçekleştirilerek, çocuk, aile ve çevresel etkenler üzerinde ayrı ayrı durulmalıdır. Çoğu tedavi, uygun çocuk yetiştirme stratejilerine odaklanmayı, ana babalara sosyal destek, öfke

kontrolü uygulamalarını ve eğitim konusunda yardım veren yaklaşımları kapsamaktadır. Çocuğa uygulanacak terapötik girişimde, olayın çocukta oluşturduğu psikopatolojik hasarları içermesi gerektiği belirtilmekte, çocuğa, başına gelenlerin kendi hatası yüzünden olmadığını belirtilmesinin önemi vurgulanmaktadır (40).

Duygusal istismar tedavisinde aileye yaklaşım, ebeveynlerin eğitimi ve terapisi ve çocuğun yaşına uygun bireysel terapi (çocuklarda oyun terapisi, ergenlerde bireysel psikoterapi/ grup terapileri) şeklinde olmaktadır. İhtiyaç halinde ortaya çıkan ruhsal sorunların tedavisi için farmakolojik yöntem kullanılmaktadır. Bireysel terapi, çocuğun özelliklerinin ayrıntılı değerlendirildiği, ruhsal özelliklerinin, zayıf ve güçlü yanlarının, savunma düzeneklerinin belirlendiği ve risklerin saptanarak önlem alınabileceği, öfke kontrolünün sağlandığı, özgüveni ve etkileşim becerilerinin artırıldığı en önemlisi de çocuğun yaşamına dahil olan terapist ile uygun davranış ve etkileşim modelinin sunulduğu bir tedavi yöntemidir (62). Aileye stres meydana getiren durumlar ve istismar için risk faktörü oluşturan sorunların çözümü için destek sağlanmalıdır. Ekip çalışması, duygusal istismar mağduru çocuğun daha erken yaşta tespit edilmesi ve bu şekilde çocukların sosyal, davranışsal ve duygusal semptomlarının oluşmadan yok edilmesinde önemlidir (63).

Cinsel istismarı önlemek tedavi etmekten daha kolay ve başarı şansı daha yüksektir. Cinsel istismara uğrayan çocukların kendilerini yalnız ve suçlu hissetmeleri nedeniyle tedavide bireysel terapiler önemli yer tutmakta, gerekli görülen durumlarda aile ve grup terapilerine de önem verilmesi gerekmektedir (40). Psikolojik tedavilerin, istismar sonrası bozukluklar hakkında bilgili, mağdurlarla ilişkilerinde aşırı tepkisiz/ katı biçimde davranmayan ve bu alanın uzmanları olan kişilerle yapılması gerekmektedir.

Temelinde çocuk cinsel istismarı bulunan psikolojik problemlerin tedavisinde grup tedavisi önerilmektedir. Bu tedavi, çocukların sağlıklı sosyalleşmelerinin sağlanması, zedelenmiş benlik saygısının onarılması, çocuğun eğitimi ve korunması amacıyla uygun olmalıdır. Cinsel istismar mağdurlarında, kaygı bozukluklarına karşı, davranışsal psikoterapi yöntemleri de uygulanmaktadır (64).

PEDİATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Çocukların istismarı ile mücadelede sağlık profesyonellerinin rolü göz önüne alındığında; pediatri hemşirelerinin istismara maruz kalma riski altında olan çocukları ve istismara sebep olabilecek ailelerin erken tanısındaki önemi gündeme gelmektedir. Hemşireler, çoğunlukla çocuk ve aile ile ilk karşılaşan sağlık personeli olduğu için hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık kurumlarında sorumluluğu artmaktadır. Erken tanı, çocuğa sağlığını kazandıran temel faktörlerden biri olduğundan pediatri hemşirelerinin, bu çocukların tanısının konulması ve tedaviye başlanmasındaki rolü oldukça önemlidir (14).

İstismar tanılanması güç olan bir durum olduğu için pediatri hemşireleri aile ve çocukla ilk karşılaş-

tıklarında yüksek şüphe göstermesi gerekmektedir (8). Ayrıca sağlık sistemi ile ilgili faktörlerin de erken tanıyı güçleştirdiği, istismara imkan verdiği ve tanılanmamış istismarın kronik istismara ve ölüm/hastalık oranlarının artmasına neden olduğu düşünülmüşür (65); pediatri hemşireleri ihmal ve istismar belirleyicileri ile ilgili farkındalıklarını arttırmalıdır. İstismara uğramış olan çocuklar, kısa ve uzun dönem duygusal, sosyal ve davranışsal problemler yaşamaya eğilimlidir (66). Çocukken kötü muameleyle maruz kalınması erken-orta çocukluk dönemlerinde sosyal ilişkilerin azalmasına neden olmaktadır. Kötü muameleyle maruz kalan çocukların kalmayan akranlarına göre; kişisel ilişkileri daha fazla tehdit edici ve acı verici olarak tanımladıkları ve zararlı düşüncelerini sosyal ilişkilerindeki kişilere yönelttikleri belirlenmiştir. Ayrıca, istismar edilen çocukların edilmeyenlere göre daha az popüler oldukları, sınıf arkadaşları tarafından daha az arkadaş olarak görüldükleri, yakın arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde daha fazla çatışma yaşadıkları ve en yakın arkadaşlarıyla olan iletişimlerinden bahsederken bile yüzlerinde memnuniyetsizlik yansıtan ifadelerin olduğu görülmüştür (8). Bu nedenlerden dolayı pediatri hemşireleri, istismara maruz kalmış bir çocukla karşılaştığında gerekli tanı, tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine yönlendirmede danışmanlık rolünü üstlenmelidir.

Hemşire istismar edilen çocuk ve aileyi erken tanımda, bu durumun önlenmesinde çocuk, aile ve topluma yardımcı olduğu için, ailenin yaşam koşulları, sosyo-ekonomik kültürel düzeyi, aile içi ve çevre ile ilişkileri hakkında bilgi toplamalıdır. Bunun için hemşireler istismara neden olabilecek ebeveyn, çocuk ve çevre gibi risk faktörlerini değerlendirmeli ve bu değerlendirmeye prenatal dönemde başlamalıdır (67). Bunun için hemşireler riskli grupları bilmeli ve bu grupları öncelikli olarak değerlendirmeli, anne babaları destekleyici yaklaşımlar geliştirmelidir. Hemşireler aileleri doğum öncesi ve sonrası dönemde istenmeyen gebelik, evlilik dışı doğum, genç anne baba, anne babanın ruh sağlığı ve ailede engellilik gibi yönleriyle değerlendirerek riskleri belirlemeli, ailelerin gereksinimlerini saptayarak buna yönelik girişimler geliştirmelidir.

Pediatri hemşireleri değerlendirme, sevk etme, eğitim gibi becerilere sahip oldukları için sorunlarla baş etme, sosyal destek sağlama, sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürme, sağlığı koruma ve iyilik halini sürdürme gibi konularda çocuklara yardımcı olmaktadır. Bu nedenle Çİİ'nin değerlendirilmesinde, risk etmenlerinin belirlenmesinde, istismar mağdurlarının gerekli kurumlarla işbirliği içinde tedavisinin sağlanmasında ve izlenmesinde bu becerilerini kullanmakta ve istismarı engellemeye yönelik programlar geliştirmekte ve uygulamaktadır (68).

Pediatri hemşireleri çocuk istismarının önlenmesine yönelik ulusal bir eylem planının oluşturulması, bu eylem planının uygulanması ve değerlendirilmesinde profesyonel bir katkı sağlayabilirler (28).

Hemşirelere çocuk istismarını bildirme yetkisi veren yasalar birçok ülkede yürürlüğe girmiştir. Türkiye'de 2005 yılında yürürlüğe giren 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre hemşireler,

çocuk istismar şüphesini bildirmekle yükümlüdür, erişkin istismarında olduğu gibi çocuk istismarının soruşturulmasında şikayet aranmaz (69). İhmal ve istismar şüphesi ile yönlendirilen kurumlardan birisi olan Çocuk İzlem Merkezleri'nde, çocuk işlemler bitene kadar ihtiyaç halinde bir gece misafir edilebilmektedir. Burada çocukların barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere; adli tıp uzmanı, psikolog, psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı, çocuk psikiyatristi, ve çocuk hekiminden oluşan ekipte hemşireler de görev almaktadır.

SONUÇ

Çocukların istismardan korunması, erken tanı ve tedavi süreçlerinde multidisipliner ekip içerisinde yer alan pediatri hemşireleri, istismar belirleyicilerini bilmesi, kötü muameleye maruz kaldığından şüphelenilen çocukları erken dönemde tespit etmesi, onları doğru merkezlere yönlendirmesi ve tedavi/ rehabilitasyonlarını sağlama açısından önemli role sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Shaw M, De Jong M. Child abuse and neglect: A major public health issue and the role of child and adolescent mental health services. *The Psychiatrist Online* 2012;36(9):321-325.
2. World Health Organization (WHO). Child maltreatment 2016; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>; erişim tarihi:07.07.2017
3. Derman O. Çocuk istismarına ve ihmaline yaklaşım temel bilgiler. *Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği, Akademisyen Tıp Kitabevi* 2014.pp1-114.
4. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmal. *Dicle Tıp Dergisi* 2007;34(1):70-74.
5. Pirdehghan A, Vakılı M, Rajabzadeh Y, Puyandehpour M. Child abuse and neglect epidemiology in secondary school students of yazd province. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2015;9(4):2256-2260.
6. Mahram M, Hosseinkhani Z, Nedjat S, Aflatouni A. Epidemiologic evaluation of child abuse and neglect in school-aged children of Qazvin Province, Iran. *Iranian J Pediatr* 2013;23(2):159-164.
7. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010; <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>; erişim tarihi: 07.07.2017
8. Sarı HY, Ardahan E, Öztornacı BÖ. Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *Taf Preventive Medicine Bulletin* 2016; 15(6):501-511.
9. Hartley DJ, Mullings JL, Marquart JW. Factors impacting prosecution of child sexual abuse, physical abuse, and neglect cases processed through a children's advocacy center. *J Child Adolesc Trauma* 2013;6:260-273.
10. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem: İstismar. *Van Tıp Dergisi* 2010;17:108-113.
11. Kim J. Music therapy with children who have been exposed to ongoing child abuse and poverty: A Pilot Study. *Nordic Journal Of Music Therapy* 2015;24:27-43.
12. Kempe CH, Silverman FN, Stele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
13. Yalçın N. Türkiye'de Çocuk istismarı ve çözüm önerileri. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Projesi* 2011.
14. Yılmaz B. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı* 2015.
15. Feng JY, Levine M. Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of taiwanese nurses. *Child Abuse Negl* 2005;29(7):783-95.
16. Lee PY, Fraser JA, Chou FH. Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23(3):128-39.
17. Ünal F. Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2008;1:9-18.
18. Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi* 2006.
19. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: *Krug Eg and World Health Organization, Eds. World Report On Violence And Health. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization* 2002;59-86.
20. Polat S, Tasar, A, Ozkan S, Yeltekin S, Cuhacı CB, Akbaba S, et al. Perceptions and attitudes of mothers about child neglect in Turkey. *Infants Young Child* 2010;23(2):1-10.
21. Dağlı T, İnanıcı MA. İhmal ve istismara uğrayan çocuğa bütüncül yaklaşım. *Hastane temelli çocuk koruma merkezleri için başvuru kitabı, UNICEF Türkiye Ülke Ofisi* 2011. pp 32-148.
22. İnsan Hakları Derneği. Çocuk ihmali ve istismarını önleme öğretmenler ve aileler için eğitim kılavuzu, *Berkay Ofset* 2008. pp5-35.
23. Kırımsoy E, Acar H, Seviük HY, Kaynak H, Aydın M, Antakyalıoğlu Ş, et al. Çocuk adalet sistemi çalışanları eğitim programı. *Sosyal çalışma görevlileri için eğitim kitabı* 2013. pp 206-215.
24. Çamurdan DA. Çocuk istismarı ve ihmaline multidisipliner yaklaşım. *Ankara Üniversitesi Basım Evi* 2006. pp 35-46.
25. Dubowitz H. Tackling Child Neglect: A role for pediatricians. *Pediatr Clin North Am* 2009;56(2):363-378.
26. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 9:49-62.
27. Kürklü A. Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. *Yüksek Lisans Tezi* 2011.
28. Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(1):129-139.
29. International Congress On Child Abuse and Neglect (Ispcan). *Promoting research to prevent child maltreatment* 2012;1-13.
30. Walker CA, Davies J. A Cross-cultural validation of the brief child abuse potential inventory (Bcap). *J Fam Violence* 2012;27:697-705.
31. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn MHV, Alunk LRA. Cultural- geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A Meta-Analysis of Global Prevalence. *Int J Psychol* 2013;48(2):81-94.
32. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, Mcpherson

K, Greeneet, et al. Fourth National incidence study of child abuse and neglect (Nis-4): Report to Congress. US Department of Health and Human Services, Administration For Children And Families 2010.pp 1-7.

33. Otterman G, Lampelto K, Lindblad F. Factors influencing the prosecution of child physical abuse cases in a Swedish Metropolitan Area. *Acta Paediatr* 2013;102:1199-1203.

34. Southall D, Macdonald R. Protecting children from abuse: A neglected but crucial priority for the international child health agenda. *Paediatr Int Child Health* 2013;33:199-206.

35. Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması. Türkiye: Genç hayat yayınları 2012. pp 25-51.

36. Maguire, S. Which injuries may indicate child abuse? *Archives of disease in childhood. ADC Education & Practice* 2010;95(6):170-177.

37. Olğar M. Çocuk istismarı ve ihmalinin adli dış hekimliğindeki yeri ve önemi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bitirme Tezi* 2011.

38. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by proxy sendromu; A unchausen by proxy sendromu; Ağır bir çocuk bir çocuk istismarı formu. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2014;3: 165-170.

39. Özcan MC. İstismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2010.

40. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4:51-65.

41. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan KA, Akgün AE. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2011;12:130-136.

42. Trickett PK, Mennen FE, Kim, K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse Negl* 2009;33:27-35.

43. Owayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(4):13-22.

44. Göker Z, Aktepe E, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;17(4): 15-2.

45. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Çocuk hakları ihlali: Cinsel istismar. *JAREN* 2017;3(Ek Sayı):57-60.

46. Ceylan A, Tuncer O, Melek M, Akgün C, Gülmehmet F, Erden Ö. Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismar. *Van Tıp Dergisi* 2009;16(4):131-134.

47. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmali yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg* 2011;15(4):178-183.

48. Ulukol B. Çocuğa yönelik kötü muamele (istismar ve ihmali). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Koruma Birimi 2011; <http://www.icc.org.tr/uploads/documents/beslenmeprojesi/prof.dr.%20betul%20ulukol.pdf>, erişim tarihi:04.12.2017

49. Kanak M. 0-11 yaş çocuk istismarının sanal medyada yansması. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Okul Öncesi Öğretmenliği Programı Yüksek Lisans Tezi 2011.

50. Çocuk Hakları Sözleşmesi Ek Protokolü. 2002; www.resmigazete.gov.tr, erişim tarihi: 23.08.2017

51. Mihçioğur S, Akın A. Çocuk yaşta, zorla evlilikler ve ergen gebelikleri. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*

2015;1:22-31.

52. Çocuk İstismarına Yönelik Rapor. 2016; <http://imdat.org/wp-content/uploads/2016/05/%c3%87ocuk-%c4%b0st%-c4%b0smarina-y%c3%96nel%c4%b0k-rapor.pdf>, erişim tarihi: 23.08.2017

53. Polat O. Tüm boyutlarıyla pedofili. *Adli Tıp Bülteni* 2015;20(1):60-70.

54. Taş A. Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2017.

55. Fırat S. İstismara ve ihmale uğramış çocukların tedavi ve rehabilitasyonu: Bir yataklı merkez modeli. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı Doktora Tezi 2007.

56. Çocuk İşçiliği ile Mücadele Ulusal Programı. 2017; https://www.csgeb.gov.tr/media/4755/cocuk_isciligi_rev_23032017.pdf, erişim tarihi: 25.08.2017

57. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2012; <http://www.tuik.gov.tr/start.do>, erişim tarihi:25.08.2017

58. Çalışkan D, Çıkman B, Salman Ö. İnternette çocuk istismarı olgu sunumu. *Çocuk ve İnternet Kongresi*; 2013; Ankara.

59. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Türk Psikiyatri Dizin Yeni Symposium Dergisi* 2005;43(3): 118-125.

60. Baysal SU, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Milli Pediatri Derneği ve yandal dernekleri işbirliği ile çocuk sağlığı ve hastalıklarında tanı ve tedavi klavuzları*, 2014. pp 1-47.

61. Özdemir DF. çocuk istismarına ruhsal yaklaşım. İçinde Hasanoğlu, E., Düşünsel, R., Bideci, A.(Eds.). *Temel Pediatri. Güneş Tıp Kitabevleri* 2010;27(5):1630-1633.

62. Dinleyici M, Dağlı FŞ. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2016;38:1-10.

63. Campbell AM, Hibbard R. More Than Words: The Emotional Maltreatment of Children. *Pediatr Clin North Am* 2014;61(5):959-970.

64. Gökler R. Eğitimde çocuk istismarı ve ihmali genel bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2006;10(3):47-76.

65. Koc F, Oral R, Butteris R. Missed cases of multiple forms of child abuse and neglect. *Int J Psychiatry Med* 2014;47(2):131-139.

66. Lundahl BD, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research On Social Work Practice* 2006; 16(3): 251-262.

67. Barnes J, Aistrop D, Allen E, Barlow J, Elbourne D, Macdonald G, et al. First Steps: Study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of the group family nurse partnership (Gfnp) program compared to routine care in improving outcomes for high-risk mothers and their children and preventing abuse. *Trials* 2013;14:285.

68. Yılmaz E. Çocuk istismarının önlenmesinde kullanılan programlar ve özellikleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(4):255-259.

69. Çocuk Koruma Kanunu 2005; <http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf>, erişim tarihi:10.07.2017.

Bu çalışma 12-14 Ekim 2017 tarihleri arasında Yozgat' ta düzenlenen Uluslararası 3. Adli Hemşirelik – 2. Adli Sosyal Hizmet – I. Adli Gerontoloji Kongresi' nde sözel bildiri olarak sunulmuştur