

## 112'DE GÖREV YAPAN SAĞLIK PERSONELİNİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ: ANKARA ÖRNEĞİ

Dr. Öğretim Üyesi İshak ŞAN\*

Uzm. Dr. Burak BEKGÖZ\*\*

Uzm. Sos. Çal. Elvan ULUCAN ÖZKAN\*\*\*

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma, çocuk ihmal ve istismarının tanılanmasında ve ikincil önlemede önemli rolü olan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin konuya ilişkin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** araştırma nicel yöntem ve tarama modelinde tasarlanmıştır. Araştırmaya Ankara 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde çalışan sağlık personelinin tümü dahil edilmiş, 74 ATT, 41 Paramedik, 11 Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru ve 8 Doktor olmak üzere toplam 135 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada sosyo-demografik veri formu ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması"na yönelik geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Elektronik form ile toplanan verilerde Shapiro Wilks, ki-kare, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Evli olanların çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtileri tanılama, lise ve ön lisans eğitimini tamamlamış olanların çocuk istismarına ilişkin çocuktaki fiziksel belirtileri tanılama ve Komuta Kontrol Merkezinde çalışanlarının ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerini tanılamaya dair puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışma sonucunda 112 çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk istismarı ve ihmali, 112 il ambulans servisi, hastane öncesi acil sağlık, acil yardım ambulansı.

## AWARENESS LEVELS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES PROFESSIONALS ON CHILD NEGLECT AND ABUSE: A STUDY IN ANKARA

### Abstract

**Aim and Objectives:** The aim of this study is to evaluate the knowledge and awareness of Emergency Medical Services (EMS) professionals on child neglect and abuse since such professionals have an important role in diagnosis and prevention. **Methodology:** The study was designed as a quantitative method and screening model. All of the EMS professionals in Ankara were included in the study, but 135 of them (74 Emergency Medical Technicians, 41 Paramedics, 11 Nurses / Midwives / Public Health Technicians, and 8 Physicians) were available during the study. The sociodemographic data form and the questionnaire form developed for diagnosing the Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect were used in the study. Shapiro Wilks, Chi-Square, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for statistical analysis of data collected via electronic forms. **Findings:** While married professionals have high scores for diagnosing behavioral symptoms of children, professionals who have high school and associate degree have high scores for diagnosing physical symptoms of children, and EMS Call Center professionals have high scores for diagnosing the symptoms of neglect on children. **Conclusion:** As a result of this study, it has been observed that the awareness of EMS professionals on child abuse and neglect is not sufficient.

**Keywords:** Child abuse, child neglect, emergency medical services, emergency medical services administration, ambulance

\* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Numune EAH Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi [ishaksan02@gmail.com](mailto:ishaksan02@gmail.com)

\*\* Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği [drburakbekgoz@gmail.com](mailto:drburakbekgoz@gmail.com)

\*\*\* Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı [elvanulucanozkan@gmail.com](mailto:elvanulucanozkan@gmail.com)

## 1.Giriş

İnsanlık tarihi boyunca süregelen çocuğa yönelik olan tutum ve davranışlar bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte şekil değiştirmiştir. Tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ve bulaşıcı hastalıklara karşı alınan önlemler çocuk ölüm oranlarını azaltmıştır. Zamanla çocuğa verilen değer artmasına, çocuk sağlığı, eğitimi, beslenmesi ve çevresel koşullarla ilgili olumlu yönde gelişmeler sağlanmasına rağmen çocuğa yönelik kötü muamelenin önüne geçilememiştir. Suça sürüklenen, madde kullanan, küçük yaşta çalışan, sokakta yaşayan, afete maruz kalan ve ihmal ve istismar edilen çocuk sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Kara, 2010).

Çocuklara yönelik ihmal ve istismar konusu tıbbi, hukuki ve ahlaki yönleri olan ciddi bir toplumsal sorundur (Kaya, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmali ve istismarı; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen, fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü muameleler olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2016).

İstismar türleri içinde tanımlanması en kolay olan fiziksel istismardır. Fiziksel istismar; çocuğun vücut bütünlüğünün zedelenecek fiziksel bir zarara uğratılması, kaza dışı nedenlerle yaralanması veya tüm bunların oluşumu riskine neden olunmasıdır (Taner ve Gökler, 2004). Cinsel istismar, erişkin bir kişinin cinsel doyum amacı ile çocuğa yaklaşması ve onu cinsel olarak kullanmasıdır (Yiğit, 2004). Duygusal istismar ise, en sık rastlanan istismar türleri arasında olmasına rağmen, en zor tanınanıdır. UNICEF duygusal ihmal ve istismarı çocuğun özelliklerinin, yapabildiklerinin ve isteklerinin sürekli olarak kötülenmesi, toplumsal etkileşim ve kaynaklara erişimden yoksun bırakılması, sosyal açıdan ciddi zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun, toplumsal kurallara aykırı düşen çocuk yetiştirme yöntemleri ile büyütülmesi olarak tanımlamıştır (Kars, 1994).

Uluslararası çalışmalar tüm yetişkinlerin %25'inin fiziksel olarak istismar edildiğini, kadınların %20'sinin ve erkeklerin %8'inin çocukluk dönemlerinde cinsel istismara maruz kaldıklarını rapor etmektedir. Bununla birlikte dünyada her yıl 15 yaş altı 41.000 çocuğun istismar nedeniyle kaybedildiği tahmin edilmektedir (WHO, 2016). Çocuğun fiziksel ve cinsel istismarına yönelik, kesin olmamakla birlikte, tahmini veriler veriliyor olmasına karşın kaç çocuğun duygusal olarak istismar edildiği ya da ihmal edildiğine yönelik herhangi bir tahmini veri bulunmamaktadır. UNICEF'in 2010 yılında yaptığı çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırmasına göre, son bir yıl içinde Türkiye'de yaşayan 7-18 yaş arasındaki çocukların % 51'inin duygusal istismara, % 43'ünün fiziksel istismara, % 3'ünün cinsel istismara maruz kaldıkları ve % 25 oranında da ihmal edildikleri saptanmıştır.

Ülkemizdeki çocuk ihmal ve istismarının yaygınlığına ilişkin toplumsal tarama çalışmalarının sayısının az olmasının nedeninin olayın tanılanmasının zorluğu ve raporlanmasındaki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Bahar vd., 2009). Konunun yeteri kadar bildiriminin yapılmaması, tanılanma sürecindeki handikaplar, olayın olmamış sayılması ve gizlenmesi, fiziksel istismarın bir disiplin aracı olarak kullanılıyor olması olguların ciddiyetini daha da artırmaktadır (Turhan vd., 2006; Bilge vd., 2013). Bildirimi yapılan vakaların ise, genellikle ağır yaralanma veya ölüm sebebiyle hastaneye getirilmeleri sonucu raporlanan olgular olduğu bilinmektedir (Yalçın, 2011). Travma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran çocuğun ebeveynleri ve yakınlarının istismarı açığa çıkarmamak için çaba gösterdikleri bilinmektedir. İstismar nedeniyle meydana gelen çocuk ölümlerinin resmi kayıtlardan çok daha fazla olduğu bilinmektedir. En önemli ölüm nedenleri içerisinde ise başa ve karın bölgesine yapılan darbeler ön sırada yer almaktadır (Topbaş, 2004; Polat, 2000).

Çocukların istismarı ve ihmalinin önlenmesinde 3 basamaktan söz edilmektedir. Birincil önleme tüm çocukları ve topluma yönelik koruma programlarını içermektedir. Birincil önleme meydana gelmeden önce çocuk istismarını önlemeye yönelik müdahalelerdir. İkincil önleme istismar ve ihmale uğrayan çocukların erken tanısı, tedavisi ve izlenmesini içermektedir ve sağlık personelinin etken olarak rol almasını gerektirmesi nedeniyle önemlidir. Çünkü çocuk istismarının tespit edilmemiş olması vakaların tekrar olasılığını % 35-50 oranında arttırmakta, önlenmemesi durumunda ise % 5-10 oranında ölüm olasılığını artırmaktadır (Kara vd., 2004). Risk gruplarının belirlenmesi, belirlenen risk gruplarının var olan toplum kaynaklarını ve hizmetlerini kullanmasının sağlanması ve bu çocuklara ve ailelerine gerekli hizmetlerin, eğitim ve danışmanlığın verilmesi önemlidir. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarla karşılaşma olasılığı yüksek olan 112 acil yardım ambulansında görevli sağlık personelinin istismar ve ihmal için risk taşıyan durumları fark edebilmesi, tanılanmayı yapabilmemesi, çocuğun örselenmesini engelleyerek sağlık kuruluşuna sevkini sağlaması ve gerekli bildirimleri yapabiliyor olması ikincil önleme için çok önemlidir. Üçüncül önlemede ise, çocuk ihmal ve istismarın tekrarının ve istismara bağlı oluşabilecek ölüm durumlarının önlenmesi amaçlanmaktadır. İstismar mağduru çocuk ve ailelerine yönelik olarak tıbbi müdahale ve psiko-sosyal destek hizmetlerini içeren rehabilitasyon ve topluma entegrasyonu amaçlayan hizmetler bütünüdür (Ziyalar, 1999).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tespit edilmesinde “şüpheli” çok önemlidir. Sağlık personeli anne babanın çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmeyebilir ve şüphesinin yersiz olduğunu düşünebilir. Bu gibi durumlarda vakalarla ilk karşılaşan sağlık ekibinin bilgi ve farkındalıkları çok önemlidir. Sağlık kurumuna başvurmada gecikme, öykünün çelişkili olması, şüpheli travma öyküsü sağlık personelinde şüpheli uyandırması gereken konulardır (Önal vd., 2013; Şener vd., 2014).

Tüm bunların yanı sıra çocuk ihmal ve istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve yasal sorumlulukları olan sağlık personelinin, istismarı tanılamada bulgu ve semptomları çok iyi bilmeleri gerekir. Sağlık personelinin bakım ve tedavi görevlerinin yanı sıra, istismar mağduru vakanın yasal birimlere bildirilmesi yükümlülükleri de unutulmamalıdır (Kara vd., 2004).

Bu araştırma çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında, önlenmesinde ve gerekli yasal bildirimlerin yapılmasında kilit role sahip 112 acil yardım hizmetlerinde görev yapan doktor, paramedik, ATT ve hemşire/ebe/sağlık memurlarının konuya ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ile elde edilen veriler hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili kurumsal düzenlemelerde yol gösterici olabilir.

## 2. Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı analitik tipte ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır. Çalışma 21 Kasım 2018 ile 23 Ocak 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini; Ankara ilindeki 112 Acil Sağlık Hizmetlerini İstasyonlarında ve Komuta Kontrol Merkezi'nde (KKM) aktif olarak çalışan doktor (% 7.0, n=108), paramedik (% 23.5, n= 361), ATT (% 63.2, n=972) ve hemşire/sağlık memuru/ ebe (%6.2, n=95) olmak üzere toplam 1536 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışmada evreni oluşturan tüm 112 çalışanlarına anket formu linki Google Formlar uygulaması kullanılarak e-posta olarak iletilmiş, gönüllü olarak yanıt veren çalışanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Toplamda değerlendirmeye alınan yanıtlayan sayısı 135 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmada araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyo-demografik verilerine ulaşmak için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan soru seti ile Uysal (1998) tarafından "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması"na yönelik geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Ölçek, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde), çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde), İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ( 5 madde), çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (8 madde) olmak üzere 6 alt grup ve 67 maddeden oluşmaktadır.

Likert tipi olan ölçekte her madde için "çok doğru", "oldukça doğru", "kararsızım", "pek doğru değil", "hiç doğru değil" seçeneklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Olumlu doğrultuda düzenlenen 46 maddeye verilen "çok doğru" cevabına 5 puan, olumsuz doğrultuda düzenlenen 21 maddeye verilen "çok doğru" cevabına ise 1 puan verilerek alt ölçek ve toplam puanlar hesaplanmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,904 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın cronbach alfa değeri ise 0,934'tür.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 21.0 programı ile çözümlenmiştir. Çözümlemede verilerin normal dağılım uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. İncelenen değişkenlerin sayımla elde edilen bulgular için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilen bulgular için ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer dağılımları verilmiştir. Bağımsız iki grupta ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve bağımsız ikiden çok grupta ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik kurul onayı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır.

### **2.1.Araştırmanın kısıtlılıkları**

Araştırmanın evrenini Ankara İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında ve KKM'de çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada veriler 112 çalışanlarının e-posta adreslerine gönderilen anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı 135 kişi kabul etmiştir. Dolayısıyla tüm Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı olarak çalışan 1536 kişi olmasına rağmen, araştırmaya katılan sayısının az olması araştırmanın bir kısıtlılığıdır.

### **3. Bulgular**

Araştırmaya katılanların % 72,4'ü kadın, % 82,1'i 20-35 yaş aralığındadır. Katılımcıların %76,9'u evli, % 68,7'si çocuk sahibidir. Katılımcıların % 53,7'si lise ve ön lisans, % 46,3'ü lisans ve yüksek lisans eğitimi almıştır. Meslek dağılımlarına ilişkin özellikler incelendiğinde katılımcıların % 55,2'sinin ATT, % 30,6'sının paramedik, % 8,2'sinin hemşire/ebe/sağlık memuru ve % 6'sının doktor olduğu görölmektedir. Mesleki deneyim süresi % 52,5 oranında on yıl ve altı, % 44,8 oranında 11 yıl ve üzeridir. Ankete cevap verenlerin % 82,1'i 112 Acil Yardım İstasyonlarında, % 17,9'u KKM'de görev yapmaktadır.

**Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	37	27,6
Kadın	97	72,4
<b>Yaş</b>		
20-35	110	<b>82,1</b>
36 ve üstü	24	17,9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	103	76,9
Bekar	31	23,1
<b>Çocuk Durumu</b>		
Evet	92	68,7
Hayır	42	31,3
<b>Eğitim</b>		
Lise ve Ön Lisans	72	53,7
Lisans ve Yüksek Lisans	62	46,3
<b>Meslek</b>		
Acil Tıp Teknisyeni	74	55,2
Paramedik	41	30,6
Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	11	8,2
Doktor	8	6,0
<b>Mesleki Deneyim Süresi</b>		
10 yıl ve altı	74	52,2
11 yıl ve üstü	60	44,8
<b>Görev yeri</b>		
İstasyon	110	82,1
KKM	24	17,9

Araştırmaya katılanların çocuk istismar, ihmal konusundaki görüş ve yaklaşımlarına ilişkin özellikler incelendiğinde, 112 çalışanlarının istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini %33,6 oranında yeterli, %53 oranında kısmen yeterli ve %13,4 oranında yetersiz gördükleri anlaşılmaktadır. Katılımcıların %41,8'inin öğrenim hayatı sırasında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim/bilgi aldıkları, %26,9'unun ise çalışma hayatı sırasında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim/bilgi aldıkları anlaşılmaktadır. Katılımcıların %86,6'sının ise çocuk istismar/ihmal konusunda eğitim/bilgi almak istedikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılanların % 47,0'ı ambulansta çalıştığı süreçte çocuk istismar/ihmal vakası ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Çalışanların % 88,1'i travma, aile içi şiddet, adli vakalar vb. durumlarda vaka değerlendirmesi yaparken ortamda bulunan çocukları da istismar açısından değerlendirdiklerini belirtmiştir. Katılımcıların % 91,8'i gittikleri vakada çocuk istismar/ihmal şüphesi durumunda bildirim yapma zorunlulukları olduğunu ifade etmiştir. Bunların % 89,6'sı bildirim Cumhuriyet Başsavcılığı (CBS)/Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)/polis/jandarma/hastanedeki doktor ya da sosyal çalışmacılardan birine yapmak zorunda olduklarını düşünmektedir. Katılımcıların % 10,4'ü bildirim nereye yapacakları konusunda fikirlerinin olmadığını ifade etmiştir. 112 çalışanlarının % 20,1'i çalıştıkları kurumda istismar vakası bildirim ile ilgili prosedürün olduğunu, % 56,7'si prosedürün olup olmadığını bilmedikleri, % 23,1 de prosedürün olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 2.** Araştırmaya katılanların çocuk istismar, ihmali konusundaki görüş ve yaklaşımlarına ilişkin özellikler

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>İstismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu</b>		
Yeterli	45	33,6
Kısmen Yeterli	71	53,0
Yeterli değil	18	13,4
<b>Öğrenim hayatınız sırasında çocuk istismarı/ ihmali konusunda eğitim/bilgi alma durumu</b>		
Evet	56	41,8
Hayır	78	58,2
<b>Çalışma hayatınız sırasında çocuk istismarı/ihmal konusunda eğitim/bilgi alma durumu</b>		
Evet	36	26,9
Hayır	98	73,1
<b>Çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim/bilgi almayı isteme durumu</b>		
Evet	116	86,6
Hayır	18	13,4
<b>112’de çalıştığınız süreçte çocuk istismar/ihmal vakası ile karşılaşma durumu</b>		
Evet	63	47,0
Hayır	71	53,0
<b>Travma, aile içi şiddet, adli vakalar vb. durumlarda vaka değerlendirmesi yaparken ortamda bulunan çocukları da istismar açısından değerlendirir misiniz?</b>		
Evet	118	88,1
Hayır	16	11,9
<b>Çocuk İstismarı/ İhmali şüphesini bildirmek zorunda mısınız?</b>		
Evet	123	91,8
Hayır	11	8,2
<b>(Cevabınız EVET ise) 15.(a) nereye bildirim yapmak zorundasınız?</b>		
CBS/ASPB/Polis/Jandarma/hastanedeki doktora	120	89,6
da Sosyal çalışmacıdan birine		
Fikrim Yok hayır	14	10,4
<b>Çalıştığınız kurumda istismar vakası bildirimi ile ilgili prosedür var mı?</b>		
Evet	27	20,1
Hayır	31	23,1
Bilmiyorum	76	56,7

Katılımcıların çocuk istismar ve ihmali konusundaki görüş ve yaklaşımlarına ilişkin özelliklerden bazıları ile katılımcıların eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla ki-kare testleri yapılmıştır.

Bu testlerin sonucunda katılımcıların eğitim düzeyleri ile istismar ve ihmali tespit etme yeterlilikleri ( $\chi^2(2, N=134)=1.64, p=0.44$ ) ve vakalarda ortamdaki çocukları istismar/ihmal açısından değerlendirme oranları ( $\chi^2(1, N=134)=.56, p=0.60$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

Fakat katılımcıların eğitim düzeyleri ile öğrenim hayatında istismar/ihmal konusunda eğitim almış olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve Tablo 3’te gösterilmiştir. Elde edilen sonuca göre lisans ve yüksek lisans düzeyinde eğitim alanların lise ve önlisans eğitimcilere göre daha fazla oranda öğrenim hayatlarında istismar/ihmal konusunda eğitim aldıkları görülmektedir.

**Tablo 3.** Katılımcıların eğitim düzeyleri ile öğrenim hayatında istismar/ihmal konusunda eğitim almış olma durumları

		Öğrenim Hayatında Eğitim			$\chi^2$	<i>p</i>
		Sayı	Alanlar	Almayanlar		
<b>Eğitim düzeyi</b>	Lise ve önlisans	72			12.56	.000
	Lisans ve yüksek lisans	62	%27,8 %58,1	%72,2 %41,9		

Katılımcıları öğrenim hayatlarında istismar/ihmal konusunda eğitim alıp almaları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığı da incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur. Elde edilen sonuca göre doktorların daha fazla oranda öğrenim hayatlarında çocuk istismarı/ihmali konusunda eğitim aldıkları görülmektedir.

**Tablo 4.** Katılımcıların meslekleri ile öğrenim hayatında istismar/ihmal konusunda eğitim almış olma durumları

		Öğrenim Hayatında Eğitim			$\chi^2$	<i>p</i>
		Sayı	Alanlar	Almayanlar		
<b>Meslek</b>	ATT	74	%28,4	%71,6	13.79	.002
	Paramedik	41	%58,5	41,5		
	Hemşire	11	%45,5	%54,5		
	Doktor	8	%75,0	%25,0		



**Tablo.5 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocuk İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek/Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi**

Değişkenler		Fiziksel belirtileri	İhmalin belirtileri	Davranışsal belirtiler	Ebeveyn özellikleri	Çocukların özellikleri	Ailesel özellikler	Genel Ölçek Puanı
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	Ortanca-Min-max	4-(3,1-5,0)	4-(2,7-5,0)	3,8-(2,9-4,7)	3,4-(2,3-4,4)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2,0-4,6)	3,8-(2,9-4,5)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,2 $\pm$ 0,5	3,4 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,3
Erkek	Ortanca-Min-max	4,1-(3-4,8)	4-(3-5)	3,9-(3-4,7)	3,5-(2,6-4,6)	3,3-(2,5-4,3)	3,4-(2,8-4,6)	3,8-(3-4,6)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,5	4,1 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,4
P değeri		0,905	0,762	0,923	0,654	0,220	0,353	0,726
<b>Yaş</b>								
20-35 yaş	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(2,7-5)	3,8-(2,9-4,7)	3,4(2,5-4,6)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2,6-4,5)	3,8-(2,9-4,6)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,3
36 ve üstü yaş	Ortanca-Min-max	4-(3,3-4,8)	4,3-(3-5)	3,9-(3,3-4,5)	3,5-(2,3-4,5)	3,3-(2,3-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,8-(3,1-4,5)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4,2 $\pm$ 0,5	3,9 $\pm$ 0,3	3,5 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4
P değeri		0,669	0,120	0,450	0,411	0,387	0,560	0,612
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(2,7-5)	3,9-(2,9-4,7)	3,5-(2,3-4,6)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,8-(3,1-4,5)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,3
Bekar	Ortanca-Min-max	4-(3,4-4,8)	3,8-(3-5)	3,7-(3,1-4,5)	3,4-(2,8-4,5)	3,3-(2,5-4,7)	3,3-(2,6-4,6)	3,6-(3,1-4,5)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,5	3,4 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,4
P değeri		0,513	0,252	<b>0,046</b>	0,283	0,832	0,316	0,194
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>								
Evet	Ortanca-Min-max	4,1-(3-5)	4-(3-5)	3,3-(2,9-4,7)	3,5-(2,3-4,5)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,8-(2,9-4,6)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,3
Hayır	Ortanca-Min-max	4-(3,2-4,8)	3,8-(2,7-5)	3,7-(3-4,5)	3,4-(2,8-4,6)	3,1-(2,2-4,7)	3,3-(2,6-4,6)	3,6-(3-4,6)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,5	3,4 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,4
P değeri		0,470	0,197	0,194	0,513	0,582	0,375	0,352
<b>Eğitim</b>								
Lise ve Ön Lisans	Ortanca-Min-max	4,1-(3,1-4,8)	4-(3-5)	3,9-(3-4,7)	3,5-(2,5-4,6)	3,3-(2,2-4,7)	3,4-(2,6-4,6)	3,8-(3-4,6)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,3	3,4 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,3
Lisans ve Yüksek Lisans	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(2,7-5)	3,8-(2,9-4,7)	3,4-(2,3-4,5)	3,3-(2,3-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,7-(2,9-4,6)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,6	3,8 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,4
P değeri		<b>0,040</b>	0,473	0,865	0,828	0,605	0,706	0,427

**Tablo.5 Devamı**

<b>Meslek</b>								
ATT	Ortanca-Min-max	4,1-(3,1-5)	4-(3-5)	3,9-(2,9-4,7)	3,5-(2,5-4,5)	3,1-(2,2-4,7)	3,5-(2,6-4,6)	3,8-(2,9-4,6)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,4	3,2 $\pm$ 0,5	3,5 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,3
Paramedik	Ortanca-Min-max	4-(3-4,8)	4-(2,7-5)	3,9-(3-4,7)	3,4-(2,8-4,6)	3,3-(2,3-4,2)	3,4-(2,6-4,4)	3,8-(3-4,6)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,6	3,8 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,3	3,4 $\pm$ 0,3	3,7 $\pm$ 0,3
Hemş./Ebe/Sağl.Me m.	Ortanca-Min-max	3,9-(3,3-4,7)	4-(3-5)	3,8-(3,2-4,5)	3,3-(2,6-4,5)	3,3-(3-4,7)	3,4-(3-4,6)	3,6-(3,2-4,5)
	X $\pm$ SS	3,9 $\pm$ 0,4	3,8 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,3	3,3 $\pm$ 0,6	3,6 $\pm$ 0,4	3,6 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,4
Doktor	Ortanca-Min-max	3,8-(3,4-4,7)	3,9-(3,7-5)	3,7-(3,3-4,5)	3,1-(2,3-4,3)	3,1-(2,3-4)	3,2-(2-4,4)	3,5-(3,1-4,5)
	X $\pm$ SS	3,9 $\pm$ 0,3	4 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,3	3,2 $\pm$ 0,6	3,1 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,7	3,6 $\pm$ 0,4
P değeri		0,206	0,680	0,639	0,242	0,103	0,737	0,324
<b>Mesleki Deneyim</b>								
0-10 yıl	Ortanca-Min-max	4-(3,1-4,8)	4-(2,7-5)	3,8-(3-4,7)	3,4-(2,5-4,4)	3,1-(2,2-4,7)	3,3-(2,6-4,5)	3,8-(3-4,5)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,3	4 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,2 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,3
11 yıl ve üstü	Ortanca-Min-max	4-(3-5)	4-(3-5)	3,9-(2,9-4,7)	3,5-(2,3-4,6)	3,4-(2,3-4,7)	3,5-(2-4,6)	3,8-(2,9-4,6)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,5	3,9 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,5	3,5 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,3
P değeri		0,284	0,687	0,076	0,355	0,134	0,139	0,231
<b>Görev Yeri</b>								
KKM	Ortanca-Min-max	4,1-(3,3-5)	4,2-(3-5)	4-(3,2-4,5)	3,5-(2,6-4,3)	3,5-(2,5-4,7)	3,6-(2,6-4,4)	3,9-(3,2-4,5)
	X $\pm$ SS	4,1 $\pm$ 0,4	4,3 $\pm$ 0,5	3,9 $\pm$ 0,3	3,5 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,6 $\pm$ 0,4	3,9 $\pm$ 0,3
İstasyon	Ortanca-Min-max	4-(3-4,8)	4-(2,7-5)	3,8-(2,9-4,7)	3,4-(2,3-4,6)	3,2-(2,2-4,7)	3,4-(2-4,6)	3,7-(2,9-4,6)
	X $\pm$ SS	4 $\pm$ 0,4	4 $\pm$ 0,5	3,8 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,2 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,4
P değeri		0,559	<b>0,023</b>	0,159	0,478	0,080	0,095	0,208

Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla uygulanan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği”nin sonuçları, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, meslek grubu, mesleki deneyim süresi ve görev yerleri açısından değerlendirilmiş ve bu değişkenler arasındaki ilişki “Mann Whitney U” ve “Kruskal Wallis” testi ile analiz edilmiştir. Cinsiyete göre ölçek genel ve alt ölçek puanlarının sıra ortalamaları incelendiğinde kadın ve erkeklerin benzer puan ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir. Aynı şekilde katılımcıların yaş gruplarına göre de ölçek genel ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Medeni durum ile ölçek genel ve alt ölçek puanlarının sıra ortalamaları karşılaştırıldığında “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtilere” ilişkin alt ölçek puan ortalamasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Evli olanların çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtileri tanılamaya dair puan ortalamaları, bekarlardan daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu olan katılımcılar ile olmayanlar arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların eğitim durumuna göre ölçek genel ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Fiziksel Belirtiler”e ilişkin alt ölçek puanlarının sıra ortalamasında farklılık olduğu bulunmuştur. Lise ve ön lisans eğitimi tamamlamış olanların lisans ve yüksek lisans eğitimi tamamlamış olanlara göre çocuk istismarına ilişkin çocuktaki fiziksel belirtileri tanılamaya ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. 112 çalışanlarının meslek grupları arasında çocuk istismarını tanılamaya ilişkin puanlarının sıra ortalamalarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde mesleki deneyim süresi ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanıma ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların görev yerleri ile “Çocuk İstismarına İlişkin İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. KKM’de çalışanlarının ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerini tanılamaya dair puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

#### **4. Tartışma**

112 çalışanlarının çocuk ihmal ve istismara uğrayan çocuk vakaları ile karşılaşma olasılığının yüksek olmasından dolayı çocuk istismarı ve ihmalinin tespiti ve önlenmesinde bilinçli ve bilgili olmasının önemi büyüktür.

Çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyini ve farkındalıklarını inceleyen bu çalışma 135 çalışan ile yapılmıştır. Bunların % 55,2’si ATT, % 30,6’sı paramedik, % 8,2’si hemşire/ebe/sağlık memuru ve % 6,0’ı doktorlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların % 33,6’sı İstismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli olarak görmektedir. Türker (2017)’in yapmış olduğu çalışmada, aile hekimlerinin % 52,4’ü, hemşire ve ebelerin % 38,7’si kendisini çocuk istismarı ve ihmalini tanılama konusunda yeterli olarak görmektedir. Bu çalışma ile 112 çalışanlarının İstismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmeye ilişkin yeterli bilgi düzeylerinin olmadığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan 112 çalışanlarının % 41,8'i öğrenim hayatı sırasında, % 26,9'u çalışma hayatı sırasında çocuk istismar/ihmal konusunda eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiştir. Türker (2017)'in yaptığı çalışmada aile hekimlerinin % 80'i, hemşire ve ebelerin % 61'i mezuniyet öncesi, yine aile hekimlerinin % 80'i, hemşirelerin % 70'i mezuniyet sonrası istismar/ihmal konusunda eğitim bilgi aldıklarını belirtmiştir. Gölge ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ise hekimlerin % 54'ü, hemşire ve ebelerin % 62,3'ü öğrenimleri sırasında, hekimlerin % 14,7'si ve hemşire/ebelerin % 29,7'si mezuniyet sonrası eğitimlere katıldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada 112 çalışanlarının geçmişte yapılan diğer çalışmalara göre hem öğrenim hayatları hem de çalışma hayatları sırasında daha az eğitim/bilgi aldıkları görülmektedir. Son yıllarda ülkemizde sağlık çalışanlarının öğretim programlarında istismar/ihmal konusu müfredat programlarında olmasına ve eğitim sonrası hizmet içi eğitimlerde artış olmasına rağmen 112 çalışanlarının konuya ilişkin eğitim/bilgi alma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada konuya ilişkin bilgi gereksiniminin yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bu durumu doğrular biçimde katılımcıların 86,6'sı istismar/ihmal konusunda eğitim/bilgi almaya gereksinim duyduklarını belirtmiştir. Dolayısıyla 112 çalışanlarının konuya ilişkin eğitim ihtiyacı ve verilen eğitimlerin içeriğinin yeterli bulunmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların % 47,0'si 112'de çalıştıkları süreçte çocuk istismarı/ihmali vakası ile karşılaştıklarını, % 91,8'i gittikleri vakalarda çocuk İstismarı/ihmalinden şüphelenmeleri durumunda bildirimde bulunmak zorunda olduklarını belirtmiştir. Ancak bunların 10,4'ünün nereye bildirim yapmaları gerektiği konusunda fikirlerinin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların % 23,1'i çalıştığı kurumda istismar vakası bildirim ile ilgili prosedürün olmadığını, % 56,7'sinin ise prosedürün olup olmadığını bilmediklerini belirtmiştir. Dolayısıyla 112 çalışanlarının yarıya yakını istismar/ihmal vakasıyla karşılaşmalarına rağmen yürütecekleri prosedürü bilmedikleri anlaşılmaktadır. Türker (2017) yaptığı çalışmada aile hekimlerinin % 67'si, hemşire ve ebelerin % 18,8'i istismar vakası ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Gölge ve ark (2012) yaptığı çalışmada ise hekimlerin % 43,8'inin, hemşire-ebelerin % 36,2'sinin meslekleri süresince istismar/ihmal vakasıyla karşılaştıkları bulunmuştur. Bu çalışmada 112 çalışanlarının çalışma sistemlerinden dolayı gittikleri vakaya ilk müdahaleyi yaptıktan sonra hızlıca hastaneye naklinin sağlanması gerektiği için semptomlara yönelik girişimlere öncelik verdikleri düşünülebilir.

Bu çalışmaya katılanların % 88,1'i travma, aile içi şiddet, adli vakalar vb. durumlarda vaka değerlendirmesi yaparken ortamda bulunan çocukları da istismar açısından değerlendirdiklerini belirtmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği sonuçları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmaması Türker ve Kocaer'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir (Türker, 2017; Kocaer, 2007). Ancak Gölge ve ark. (2012) yaptığı çalışmada genel ölçek puan ortalamasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri ve ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarına ilişkin bazı çalışmalarda da kadınların erkeklere oranla bilgi düzeyleri ve

farkındalıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kamiloğlu, 2018; Marshall ve Locke, 1997; Al-Moosa, 2003).

Çalışmanın sonuçları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hemşire ve ebelerle yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sonuçlar araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Kabakoğlu 2018; Bilgiç 2015, Burç 2014).

Araştırmaya katılanların medeni durumu ile ölçek puanları değerlendirildiğinde, genel ölçek puanında fark yokken, istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli olan katılımcıların istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Konuya ilişkin diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında medeni durumun çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017; Cirit, 2015). Bu çalışmaya göre evli olan katılımcıların çocuğun istismarına yönelik davranışsal belirtilere karşı daha duyarlı olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanıma ölçek puanı çocuk sahibi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde ölçek genel ve alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde çocuk sahibi olma durumu ile ölçek genel ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kabakoğlu. 2018; Türker, 2017; Kocaer 2007). Bu çalışmalar çocuk sahibi olma durumu yönünden yaptığımız araştırma ile benzerlik göstermektedir. Çocuğa yönelik kötü muamele tüm toplum tarafından onaylanan bir davranış değildir. Dolayısıyla çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında bir farklılık yoktur.

Araştırmada 112 çalışanlarının eğitim durumlarına bakıldığında ölçek genel puanında anlamlı bir fark bulunmazken, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise ve ön lisans mezunu olan katılımcıların İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerini tanılama konusundaki alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Ebe ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile ölçek genel ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak bir fark bildirilmemiştir (Kabakoğlu, 2018; Bilgiç, 2015). Bu çalışmaya katılanların çoğunluğunun ATT ve Paramediklerin oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. ATT'lerin lise mezunu, paramediklerin de ön lisans mezunu olmaları, sonrasında eğitimlerini lisans tamamlama programları ile tamamlamaları bu sonucu değiştirebilir. 112 ambulansında çalışan ATT ve paramediklerin işleri gereği daha çok fiziksel istismar vakalarına müdahale etmeleri istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerini tanılama konusunda daha duyarlı olmalarını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde, ölçek genel ve alt ölçek puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların mesleki deneyim süreleri incelendiğinde ölçek genel ve alt ölçek puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Ancak 11 yıl ve üstü mesleki deneyimi olan katılımcıların istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri tanılama alt ölçek puanı 10 yıl ve altı mesleki deneyim süresi olanlara göre daha yüksektir. Aynı konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalarda da meslekte çalışma süresi ile ölçek toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın tespit edilmediği bildirmiştir (Kabakoğlu, 2018; Demir, 2012; Kocaer, 2006) Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada 112 çalışanlarının görev yeri ve ölçek genel puan ortalamasında fark bulunmazken, istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtileri alt ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. KKM'de çalışan katılımcıların istasyonda çalışanlara göre istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtilerini tanılamada puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum KKM çalışanlarının % 66,7'sinin 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olmaları ile açıklanabilir.

## **5. Sonuç**

Günümüzde çocuklardaki istismar ve ihmalin boyutları göz önüne alınarak, gerek istismar ve ihmale uğramış çocukların tespiti ve korunması, gerekse istismar ve ihmal olaylarının önlenmesi için acil müdahale stratejilerinin harekete geçirilmesi gerekmektedir. Tekrarlayan istismarın erken evrede önlenmesi ve uzun vadede istismar ve ihmal olaylarının artışının önlenmesi için ilk başvuru yerlerinden biri olan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu yüzden sağlık personelinin öğrenim sürecinde müfredatlarına çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin eğitimlere daha ayrıntılı yer verilmesi, çalışma hayatlarında farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi, seminer vb. programlar planlanarak bilgi eksikliklerinin giderilmesi gereklidir.

Ambulans hizmeti verilen tüm çocukların istismar ve ihmal açısından değerlendirilmesi, şüphe olması durumunda KKM ve hastayı teslim ettiği hastanedeki ekiple şüphenin paylaşılması ve bu durumun hastanede bulunan tıbbi sosyal hizmet birimlerine bildirmesi gerekmektedir. İstismar ve ihmalin kesin olduğu durumlarda çocuğun en az zarar görebilecek şekilde desteklenmesi ve korunması, durumun KKM ile paylaşılarak, KKM tarafından ilgili kurumlara (Polis/Jandarma/ASPB/Hastane vb.) bildirim yapılmasının sağlanması ve çocuğun hastaneye tesliminde hastanenin tıbbi sosyal hizmet birimine bildirim yapılması gerekir. Eğer cinsel istismar vakası ise, ambulans ekibinin çocuğun ikincil örselenmesini önlemek için duyarlı olması ve çocuğun devlet hastanelerinde bulunan Çocuk İzlem Merkezine ya da Üniversitelerde bulunan Çocuk Koruma Merkezine naklinin sağlanması gerekir.

Çocuk istismarı ve ihmali tanı ve tedavisinde kurumlar arası işbirliği ve disiplinler arası bir yaklaşım esas olup, istismarı önlemek için toplumun, kurumların, öğretmenlerin, çocukların, sağlık personellerinin bilinç seviyesinin ve duyarlılığının arttırılmasına yönelik farkındalık programlarının planlanması ve uygulanması gereklidir.

112 ambulans ekibinin aile içi şiddet, travma, adli vaka vb. sebeplerden dolayı gittikleri vakalarda ortamda bulunan çocukların da risk altında olabileceklerini göz önünde bulundurmalı ve şüphe duymaları durumunda KKM ile bağlantıya geçerek durumu iletmeleri ve KKM'nin ilgili kurumlarla iletişime geçmesini talep etmelidir.

Toplumsal duyarlılığı arttırmaya yönelik kitle iletişim araçlarının kullanılması, televizyon programlarında konuya kapsamlı bir şekilde yer verilmesi, özellikle şiddet içerikli program ve internet oyunların önlenmesine yönelik müdahalelerin yapılması önerilebilir. Ayrıca, caydırıcı bir faktör olarak istismarcıya yönelik yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesi ve uygulamada konuya ilişkin daha hassas yaklaşılması önemlidir.

## Kaynakça

1. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse & Negl.* 2003; 27 (10): 1161–1178
2. Bahar, G., Savaş, HA., Bahar, A. (2009) Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12).
3. Bilge, YD., Taşar, MA., Kılınçoğlu, B., Özmen, S., Tıraş, Ü. (2013). Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14, 27-35.
4. Bilgiç H. (2015) *Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri*, Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
5. Burç A. (2014) *Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
6. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. (2012). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi* 26 (2), 86-96.
7. Kabakoğlu, H. (2018) *Aile sağlığı merkezinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.
8. Kamiloğlu, M. (2018). Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.
9. Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S., (2004) Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
10. Kara, Ö. (2010). *Ankara ilinde görev yapan pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
11. Kars, Ö. (1994). Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenleri ve okul başarısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
12. Kaya, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. *Güncel Pediatri*, 8, 30-5.
13. Kocaer Ü. (2006) *Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
14. Marshall WN, Locke C. (1997) Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. *Child Abuse Negl.* 21, 71-179.
15. Önal, SÇ., Celbiş, O., Özdemir, B., Özdemir, MY. (2013). Çocuk istismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 23(2): 124-127.
16. Polat, O. (2000). *Çocuk istismarı*. İstanbul: Adli Tıp Der Yayınevi, 207- 231.
17. Sener, MT.,Anci, Y., Dursun, OB. (2014) Significance of healthy family structure in preventing child sexual abuse: Aprospective controlled study. *Medicine Science International Medical Journal*,3 (1):1046-53.
18. Taner, Y., Gökler, B. (2004) Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82.
19. Topbaş, M. (2004) İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (4):76-80.
20. Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15 (9), 153-7.



21. Türker G. (2017) *Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
22. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010). <http://atud.org.tr/kutuphane/unisefrapor.pdf>. Erişim Tarihi: 25.09.2018.
23. Uysal A. (1998) *Çocuk İstismar ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
24. Yalçın, N. (2011). *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
25. Yiğit, R. (2004). Çocukların cinsel istismarı ve ensest. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8, 90-100.
26. Ziyalar, N. (1999). Çocuk istismar ve ihmalinin önlemesi. *Çocuk Forumu*, 2 (1), 31-33.
27. World Health Organization. *Child Maltreatment*.
28. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim Tarihi: 3 Ekim 2018