



**TEKİRDAĞ SÜLEYMANPAŞA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN
BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Muaz TEPE

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Gamze VAROL

2021

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEKİRDAĞ SÜLEYMANPAŞA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN
BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Muaz TEPE

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman: Doç. Dr. Gamze VAROL

TEKİRDAĞ-2021
Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.



04/01/2022

Muaz TEPE

ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
ABD : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Başlığı : Tekirdağ Süleymanpaşa Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık
Çalışanlarının, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve
Risklerini Tanılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler
Tez Yazarı : Muaz TEPE
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Gamze VAROL
Tez Türü, Yılı : Yüksek Lisans Tezi, 2021
Sayfa Sayısı : 92

Bu araştırma, Tekirdağ Süleymanpaşa İlçesinde Aile hekimliği biriminde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Tekirdağ Süleymanpaşa aile hekimliklerinde çalışan 116 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada tüm sağlık çalışanlarına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak 22 sağlık çalışanı araştırmaya katılmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu nedenle araştırma 94 sağlık çalışanı ile tamamlanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu” kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olarak ise “Çocuk istismarı ve ihmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” kullanılmıştır. Araştırmada bulgularının değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, ortanca, standart sapma kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının ölçek puanlarının normal dağılımının analizi için Shapiro-Wilk testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucu veriler normal dağıldığı için parametrik testler kullanılmıştır. Buna göre bağımsız örneklem için t- testi, Oneway Anova ve Pearson Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup, iki yönlü ve %95 Güven aralığında değerlendirilmiştir. Bu araştırmada, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği’ne ait genel puan ortalamasının 3.86 ± 0.30 olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları bu doğrultuda incelendiğinde katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı konusunda ortalama bilgi düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu sonuçlar “Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt boyutunda yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları ve diğer alt boyutlar hakkında katılımcıların daha fazla bilgi

edinmeleri gerektiği şeklinde yorumlanmıştır. Araştırma sonunda sağlık çalışanlarının ocuk ihmal ve istismarina yönelik bilgi düzeylerine yönelik gerekli görüş ve öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ocuk, Sağlık alışanları, İhmal ve İstismar.



ABSTRACT

Institution, Institute, : Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,
Department : Department of Health Management
Thesis Title : The Level of Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse
and Neglect by Health Workers in Tekirdağ Süleymanpaşa Family
Health Centers and Affecting Factors
Thesis Author : Muaz TEPE
Thesis Adviser : Assoc. Prof. Gamze VAROL
Type of Thesis Year : MA Thesist, 2021
Total Number of : 92

Pages

The study was conducted in order to determine the knowledge level of the healthcare professionals of Tekirdağ Süleymanpaşa working in family medicine towards the child neglect and abuse and the factors affecting these knowledge level. The research population consisted of a total of 116 healthcare professionals in the Tekirdağ Süleymanpaşa working in family medicine. In the research, it was aimed to reach all of the health workers who were not selected as a sample. However, 22 health workers stated that they did not want to participate in the research. Therefore the research was completed with 94 healthcare professionals. The “Descriptive Information Form” were used as an independent variable of the study. As the dependent variables of the study “Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect” were used. In the analysis of research data; percentage, mean, median, standard deviation were used. The applied Shapiro-Wilk test for normality analysis. According to research analysis was done with parametric tests because the data were normally distributed. According to this in the analysis independent sample test, one-way Anova and Pearson correlation were used. The significance level was 0.05, and it was evaluated in two-way and 95% confidence intervals. In this study, it was determined that the overall mean score of the Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect was 3.86 ± 0.30 . When the results of the research were examined in this direction, it was determined that the participants had an average level of knowledge about child neglect and abuse. These results were

interpreted as the fact that they had a high level of knowledge in the sub-dimension of "Physical Symptoms of Child Neglect and Abuse in Child" and that the participants needed to learn more about other sub-dimensions. At the end of the research, necessary opinions and suggestions were presented about the knowledge level of health workers on child neglect and abuse.

Keywords: Child, Healthcare Professionals, Neglect and Abuse.



ÖNSÖZ

Güzel bir çalışma sonucunda bitirmiş olduğum tez araştırmama katkılarıyla destek veren herkese teşekkürü ederim. İlk olarak değerli bilgilerini bize aktaran tez danışmanım Doç. Dr. Gamze VAROL 'a, bu çalışmamda gerekli izini sağlayan çalıştığım kurum olan Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğüne ve her zaman yanımda olan değerli eşim İrem YÖRÜK TEPE 'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İçindekiler

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	iii
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTIMA LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1
1.GENEL BİLGİLER	4
1.1.Çocuk ve Çocukluk Kavramının Tanımı	4
1.2.Çocuk İhmalı.....	4
1.2.1.Fiziksel İhmal.....	5
1.2.2.Cinsel İhmal.....	6
1.2.3.Eğitim İhmalı	6
1.2.4.Duygusal İhmal.....	7
1.2.5.Tıbbi İhmal	7
1.3.Çocuk İstismarı.....	8
1.3.1. Çocuk İstismarının Tarihçesi.....	8
1.3.2.Çocuk İstismarı Kavramının Tanımı ve Sınıflandırılması.....	9
1.3.2.1.Fiziksel İstismar	11
1.3.2.2.Duygusal İstismar	13
1.3.2.3.Cinsel İstismar	15
1.4. Çocuk İhmalı ve İstismarında Risk Faktörleri.....	20
1.4.1.Bireysel ve Ailesel Risk Faktörleri.....	20
1.4.2.Çevresel ve Toplumsal Risk Faktörleri.....	21
1.5.Çocuklara Yönelik İstismar ve İhmalin Önlenmesi	22
1.5.1.Birincil Koruma.....	23
1.5.2.İkincil Koruma	24
1.5.3. Üçüncül Koruma.....	24

1.6.İhmal ve İstismara Uğramış Çocuklarla İlgili Temel Haklar ve Hukuki Boyut	25
1.6.1.Çocukların Temel Hakları	25
1.6.2.Çocuk İhmal ve İstismarını Önlemeye Yönelik Önemli Uluslararası Düzenlemeler	25
1.6.3.Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Önemli Ulusal Yasal Düzenlemeler	26
1.6.4.Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarında Bildirim	27
1.6.4.1.Cinsel istismar Vakalarında Bildirim Süreci ve Çocuk İzlem Merkezi	28
1.6.4.2. Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarında Sağlık Çalışanlarının Bildirim Yükümlülüğü	29
2.GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
2.1. Araştırmanın Yöntemi	30
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	30
2.3. Araştırmanın Evreni	30
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	30
2.5. Veri Toplama Araçları.....	30
2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	30
2.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek.....	31
2.6. Verilerin Toplanması	32
2.7. Araştırmanın Etik Boyutu	32
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları	32
3.BULGULAR	34
4.TARTIŞMA	63
SONUÇ ve ÖNERİLER	75
KAYNAKÇA/BİBLİYOGRAFYA.....	79
EKLER	87
Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu	87
Ek 2: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği	89

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kız ve Erkeklerde İstismar Sonrası Görülen Bulgular.....	19
Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Mesleki Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	35
Tablo 4. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Eğitimi Almalarına İlişkin Bulgular.....	35
Tablo 5. Katılımcıların Karşılaştıkları Çocuk İhmal İstismarı Vakalarına İlişkin Bulgular.....	36
Tablo 6. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Öykü Alma).....	37
Tablo 7. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Fiziksel Muayene).....	37
Tablo 8. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Ruhsal Muayene).....	38
Tablo 9. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (İlgili Kuruma Rapor Etme).....	38
Tablo 10. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Yasal Süreç).....	39
Tablo 11. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Zorlanmadım).....	39
Tablo 12. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü).....	40
Tablo 13. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Emniyet Müdürlüğü).....	40
Tablo 14. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Savcılık).....	40
Tablo 15. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular(İl Sağlık Müdürlüğü).....	41
Tablo 16. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Diğer).....	41
Tablo 17. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Bilmiyorum).....	41
Tablo 18. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Kurumların İlgilenmeyeceğini Düşünme).....	42

Tablo 19. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Yasal Süreçteki Zorluk)	42
Tablo 20. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Çocuğun Daha Kötü Etkilenmesi).....	43
Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Yetersiz Kanıt).....	43
Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Her Ailede Benzer Durumlar Yaşanabilir).....	44
Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Bildirim Sonrası Çocuğun Ailesinin Tepkisini Çekebileceği).....	44
Tablo 24. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Bildirim Yöntemlerini Bilmeme).....	45
Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Diğer).....	45
Tablo 26. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Ait İstatistik Bulguları.....	46
Tablo 27. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	47
Tablo 28. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Mesleklerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	48
Tablo 29. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Öğrenimleri Esnasında Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	49
Tablo 30. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Mezuniyet Sonrasında Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	50
Tablo 31. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çalışma Yaşamlarında Çocuk İhmal ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	52

Tablo 32. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Yaşlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	52
Tablo 33. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	53
Tablo 34. Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler Alt Boyutu ve Katılımcıların Eğitim Düzeyine İlişkin Betimsel Bulgular.....	54
Tablo 35. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Post Hoc Analizi.....	55
Tablo 36. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 37. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Öykü Alma).....	56
Tablo 38. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Fiziksel Muayene).....	57
Tablo 39. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Ruhsal Muayene).....	58
Tablo 40. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (İlgili Kuruma Rapor Etme).....	58
Tablo 41. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Yasal Süreç).....	59
Tablo 42. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	60
Tablo 43. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Alt Boyutlarının Kendi Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular.....	61
Tablo 44. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Güvenirlik (Cronbach α) Değerlerinin Dağılım.....	62

KISALTMA LİSTESİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ÇHS	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇİİAÖ	: Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
ÇİİBRTYÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İB	: İhmal Belirtileri
İİÇDB	: İhmal İstismarın Çocuktaki Duygusal Belirtileri
İİÇFB	: İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri
İİYÇÖ	: İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri
İİYEÖ	: İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	: World Health Organization

GİRİŞ

"Çocuklar her türlü ihmal ve istismardan korunmalı, onlar her koşulda yetişkinlerden daha özel ele alınmalıdır."

- Mustafa Kemal ATATÜRK

Çocuklar saf, hassas ve bağımlıdır. Bu nedenle toplumun geleceği için çocukların büyümesinde, fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ahlaki gelişiminde önlemler almak gerekmektedir. Sosyal gelişimin temel taşı çocuklardır. Her nesil kendinden önceki nesillerden miras kalan toplumsal mirası koruyor, geliştiriyor ve aktarıyor. Ancak çocukların "yeterli yaşam standartlarına" sahip olmaları durumunda toplumsal gelişim sağlanabilir. Çocukların sosyal, psikolojik, kültürel ve fiziksel gelişiminin sağlanması sağlıklı bir neslin oluşması için temel koşuldur.

Çocukların sağlıklı bir toplumda var olmalarına ve gelişebilmelerine en büyük engel çocukların ihmal edilmesi ve istismara maruz kalmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmal ve istismarı; Fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü biçimlerine yol açmakta ve 18 yaşından küçük çocukların sağlığını, hayatta kalmasını, gelişimini veya güven duygusunu olumsuz etkilemektedir(Dünya Sağlık Örgütü, 2016). Çocukların ihmal ve istismarı sorunu uzun zamandan beri var olmasına rağmen, toplumsal bilginin gelişmesi ve insanların bu soruna artan ilgileri ile birlikte ortaya çıkmaya başlamıştır. Toplum geçmişe göre daha bilgili olmasına rağmen çocuk istismarı hem dünyada hem de ülkemizde ciddi bir sorundur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bir raporuna göre yetişkinlerin %25'i çocukluklarında fiziksel şekilde bir istismara, erkeklerin %8'i ve kadınların %20'si de çocukluklarında cinsel şekilde bir istismara maruz kalmıştır. Ayrıca her yıl 15 yaş altı yaklaşık 30 bin civarı çocuğun çocuk istismarı nedeniyle öldüğü bildirilmektedir(Bakır ve Kapucu, 2017, s.14).

UNICEF'in (2010) Ülkemizde çocuk istismarı ve aile içi şiddetle ilgili yaptığı bir çalışmaya göre 7-18 yaş arası çocuklarda; duygusal istismarın %51, fiziksel istismarın %43, cinsel istismarın ise %3 olduğu belirtilmiştir(UNICEF, 2010). Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığına hitaben sosyal tarama

araştırmalarının miktarının görece az olduğu düşünülmektedir bu da olayların tespit edilmesinin güçlüğü ve yetersiz bildirimden kaynaklanmaktadır. Ebeveynlerin fiziksel istismarı hala bir disiplin aracı olarak kullanması da bildirim sayısının az olmasındaki en büyük etkenlerdendir(Bahar vd., 2009, s.12).

Görüldüğü gibi ocuk ihmali ve istismarı küresel çapta bir problem olup ocuk istismarı ve ihmalinin tespiti ve önlenmesi tüm toplumun sorumluluğundadır. ocuk istismarı ve ihmalinin tedavi, tespiti ve önlenmesinde en önemli görevlerden biri de sağlık çalışanlarına düşmektedir. Sağlık alışanlarının ihmal ve istismar durumunda olguyu bildirilip bildirmemesi veya ihbarın yöntemi ve yeri çok önemlidir. Bu adımların sağlam ve doğru bir Şekilde işlenmesi için sağlık çalışanlarının bu alandaki bilgi düzeylerinin yeterli olması oldukça önemlidir(Yükseler, 2020, s.1).

Bu araştırmada; Sağlık alışanlarının, ocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerini tanılama ve bilgi düzeylerini, istismar konusunda aldıkları eğitim ve mesleki deneyimlerinin bu bilgi düzeylerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmanın ana amacı ise; Tekirdağ Süleymanpaşa İlçesinde Aile hekimliği biriminde görev yapan sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanılama düzeylerini değerlendirmek, etkileyen faktörleri belirlemek ve değerlendirmeler sonucunda gerekli görüş ve nerileri çalışmada sunmaktır. Bu kapsamda 2020 yılında Tekirdağ ili Süleymanpaşa ilçesinde görev yapmakta olan birinci basamak sağlık personelinin bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeyleri tespit edilmiştir.

Bu araştırma ile;

- Tekirdağ Süleymanpaşa İlçesinde Aile Sağlığı Merkezlerinde(ASM) görev yapan sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanıma ve farkında olma düzeylerinin belirlenmesi ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Araştırma sonrasında çıkan sonuçlar doğrultusunda eğitim, seminer vb. Çalışmaların yapılmasına destek sağlamak da çalışmanın ikincil amacıdır.

- Birinci Basamak sağlık kurumu olan ASM'ler kişinin ilk başvurduğu, kolay ulaşabildiği, hasta ile hekimin birbirini tanıdığı ve aralarındaki bağın görece kuvvetli ve genellikle erken tanı ve tedavi olanağının yüksek olduğu sağlık kurumları olmaları sebebi ile; çocuklarda ihmal ve istismarın erken dönemde tespit edilmesi açısından önemlidir. Bu sebeple ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanılama düzeylerinin tespit edilmesinin çocuğun fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ahlaki gelişiminde hem bireysel hem de toplumsal önemi olan bir halk sağlığı konusudur.
- Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının ocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili literatürün çok yaygın olmaması sebebi ile bu konuda yapılacak yeni araştırmalara kaynak teşkil etmesi dşnlmekte ve Tez'in bulguları doğrultusunda İlimizde konu ile ilgili başkaca gerekli çalışmalara ışık tutması hedeflenmektedir.

1.GENEL BİLGİLER

1.1.Çocuk ve Çocukluk Kavramının Tanımı

Türk Dil Kurumu'na göre çocuk kavramı; erken yaşta erkek veya kız, erkek veya kız çocuğu, bebek ile ergenlik arasındaki gelişim dönemindeki bir erkek veya kız çocuğu ve daha çok çocuk gibi davranan kişi olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk ise; çocukların ve insanın bebeklikten ergenliğe kadar olan dönemi olarak tanımlanmaktadır(TDK, 2006).

20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin (ÇHS) 1. maddesine göre; “Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” olarak tanımlanmıştır(Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1989). Çocuk Hakları Sözleşmesinin bu tanımına göre 18 yaş altı her birey çocuk olarak tanımlanmaktadır, bu da bize çocukluğun geniş bir şekilde ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Çocuk, gelişme sürecinde olan ancak bazı yönlerden henüz gelişmemiş bir kişidir(Schapiro, 1999). Tüm canlılar içinde en çok bakıma, korunmaya ve sevgiye muhtaç olan çocuklardır. Bir toplumun ilerlemesi ve gelişmesi, ancak o toplumda yetişmiş çocukların beden ve ruh sağlığı ve sosyal gelişimi ile mümkün olabilir(Berkmen ve Okray, 2015, s.344). Çocuk çok masum, duyarlı, bağımlı ve büyüyen bir insandır; ancak çalışkan, aktif ve neşeli ve geleceğe dair umut doludur. Bir çocuğun sağlıklı ve mutlu gelişimi ve büyümesi sadece kendi geleceğine değil, aynı zamanda geleceğin toplumunun refahına ve mutluluğuna da yardımcı olur. Bu nedenle bir ülke kalkınmak, barışçıl ve müreffeh olmak istiyorsa, çocukların sağlıklı büyümesine, güvenli yaşamına ve gelişimine önem vermelidir(Akyüz, 2012, s.1).

1.2.Çocuk İhmali

Çocuk ihmali; Çocuğun bakımı ile sorumlu ebeveynin bu yükümlülüğü yerine getirmemesi, çocuğun beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal ihtiyaçları veya yaşam koşullarına gerekli özeni göstermemesi gibi fiziksel, duygusal ve cinsel yönden ihmali olarak tanımlanır(Tıraşçı ve Gören, 2007, s.72).

Toplum bireyden aileye olacak şekilde bütün şekilde ele aldığımızda bireyin ihmali çocukların temel insan hak ve özgürlüklerinden yoksun kalmasına ve gelişimlerine ciddi zararlar vermektedir. Örneğin, çocuğun beslenmesinin yeterli ve doğru şekilde sağlanmaması, tıbbi takip ve gereksinimlerinin karşılanmaması, ebeveynin çocuğu ile yeteri bağ kurmayıp çocuğun yalnız başına bırakılması birtakım ihmal davranışları arasında değerlendirilebilir(Ören, 2013, s.170).

İhmalin doğrudan ve dolaylı işaretleri vardır. Temiz olmayan, kirli ve uygun olmayan giysilerden kaynaklanan ishal ve beslenme yetersizlikleri, yetersiz çocuk bakımının yani ihmalinin doğrudan belirtileri olarak tanımlanır. Örneğin, organik nedenler olmadan büyüme geriliği olması en belirgin göstergelerden biridir. Çocuğun uyarılma, olanak, ilgi/özen azlığından kaynaklanan gelişim eksikliği, davranış bozuklukları ve büyüme geriliği dolaylı belirtiler olarak sıralanabilir. İstismar ile ihmali ayırt etmede en temel nokta; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olduğudur(Saka, 20004, s.27).

İhmal davranışlarını; Fiziksel, cinsel, eğitim, duygusal ve tıbbi ihmal şeklinde sınıflandırılmaktadır.

1.2.1.Fiziksel İhmal

Çocukların beslenme, barınma, sağlık, giyim gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamama veya yoksun bırakma “fiziksel ihmal” olarak tanımlanmaktadır. Bunun nedeni olarak; çocuğun yaşına uygun beslenmemesi, yaşına uygun ve temiz giyinmemesi, uygun olmayan fiziksel çevrede yaşaması, ev içinde ve dışında kazalara karşı önlem alınmamasıdır. (Acehan vd., 2013, s.597).

Fiziksel ihmal yaşayan çocukların duygusal, sosyal, davranışsal ve bilişsel gelişimlerinde kısa erimde etkilenmeler olabildiği gibi; ciddi ve uzun erimli sonuçlar da görülebilir. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarla karşılaştırıldığında ihmal edilen çocukların daha ciddi bilişsel ve akademik engellere, daha fazla sosyal geri çekilmeye, daha sınırlı arkadaşlıklara ve daha ciddi içe kapanma sorunlarına sahip oldukları belirtilmektedir(Taner ve Gökler, 2004, s.83).

Fiziksel ihmali de kendi içinde gruplara ayrılabilir;

- Yetersiz ve sağlıksız beslenme

- Yaşına uygun olmayan giysiler ve giyinme ihtiyacının ihmal edilmesi
- Yetersiz hijyen koşulları
- Yetersiz ev donanımı
- Ev içi ev dışı kazalara karşı yeterli önlem alınmaması
- Terk etme
- Kendinden uzaklaştırma
- Diğer koruma güçlükleri(Şahin, 2002, s.104).

1.2.2.Cinsel İhmal

Çocuğun iki yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlaması ile; bulunduğu yaşa ve cinsiyete ebeveynleri tarafından uygun davranış gösterilmemesi, yeterli ve uygun giydirilmemesi, yaşına göre oyuncak alınmaması olarak tanımlanabilir. Gelecekte bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir(Acehan vd., 2013. S.598).

Cinsel ihmal aileler tarafından görmezden genelde gelinmektedir. Bunun başlıca nedeni olarak ailelerden eğitimciler kadar genel bir cinsel eğitim eksikliğinin varlığı gösterilmektedir. Bu konunun toplumda tabu olarak görülmesi de bu eksikliği beslemektedir. Bu da cinsel ihmalin özellikle üzerinde durulması gereken önemli bir konu olduğunu göstermektedir.

Özellikle ebeveynler için cinsiyet ve mahremiyet eğitimi konusunda farkındalık yaratmak çok önemlidir. 0-6 yaş grubunda aile eğitimi çok önemlidir. Bu dönemde çocuğun cinsel kimliğine uygun davranış sergilemesi, cinsiyetine göre giydirilmesi, oyuncak alınması ve bu yaş ve ileriki dönemlerde çocuğun cinsel konularla ilgili sorularına karşılık, yaşına uygun şekilde cevap verilmesi oldukça önemlidir(Altunsu, 2004, s.46).

1.2.3.Eğitim İhmali

Zorunlu eğitim aşamasında çocukları okula göndermemek, çocukların eğitim gereksinimlerine kayıtsız kalmak, çocukları uzun süre okuldan uzak tutmak, çocukların okul başarısızlıkları ve akademik başarısızlıkları ile ilgilenmemek eğitim ihmali olarak tanımlanabilir(Kepenekçi, 2001, s.206).

Eğitim ihmalinin tespit edilmesi ve önlenmesi okul yönetiminin en önemli sorumluluklarından biridir. Eğer çocuk okula gitmiyorsa bunun sebepleri araştırılmalı, çocuk ve ailesi için gerekli danışmanlık yapılmalı ve gerek duyulması halinde ilgili kurumlara haber vermelidir. Aynı zamanda okul öğrencilerinin ders başarılarının aniden düşmesi ve devamsızlıklarının artmasının temel nedenlerinin araştırılıp anlaşılması ve önleyici tedbirlerin alınması gerekmektedir(Koçtürk ve Yılmaz, 2018, s.40).

1.2.4.Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, özellikle ergenlik döneminde çocuklara sevgi ve ilgi eksikliği, destek ve kontrol eksikliği olarak tanımlanabilir(Erol, 2018, s.24). Çocuğun sürekli ailesi tarafından kötü söze maruz kalması, sürekli azarlanması, tehditler ile terbiye edilmeye çalışılması ve çocuğun taleplerinin sürekli reddedilmesi çocuğun duygusal ihmal edilmesine örnek verilebilir. Duygusal ihmal çoğu kez fiziksel ihmalle ya da duygusal istismarla birlikte gerçekleşmektedir.

Duygusal ihmalde sözlü taciz en yaygın olanıdır. Örnek verecek olursak; bütün suçları çocuğa yüklemek, aşağılamak, küçük düşürmek, kardeş istismarına tanık olup kayıtsız kalmak şeklinde örneklendirilebilir. Bu alanın uzmanları çocuklarına yeterince zaman ayırmayan, onlarla oynamayan, gelişim düzeylerine uygun olmayan oyuncaklar alan ebeveynleri bile çocuklarına karşı duygusal ihmalde bulunmuş olarak değerlendirebilmektedir(Bahçecik, 1993).

Duygusal ihmali olan çocukların psikolojik gelişim özellikleri kısaca şu şekilde sıralanabilir;

- Güvensiz bağlanma
- Duygusal iletişimden kaçınma
- Depresyon
- Kognitif yetilerinde bozukluk
- Anksiyete
- Saldırgan davranış(Dinleyici ve Dağlı, 2016, s.20).

1.2.5.Tıbbi İhmal

Çocuğun ebeveyni veya bakıcısı tarafından çocuğun tıbbi gereksinimlerinin karşılamaması tıbbi ihmal olarak tanımlanabilir. Standart teşhiş yöntemlerini ve

tedavilerini uygulamayı reddetmek veya devam eden tedaviyi sürdürmemek de tıbbi ihmal olarak kabul edilebilir. Ailenin, maddi durumunun uygun olmadığı gerekçesiyle çocuğunun sağlığını kötüleştirilmesi ve buna izin vermesi hukuken suçtur(Vatansever, 2004, s.363)

Tıbbi ihmal nedenleri içinde;

- Eğitim seviyesinin yetersizliği,
- Maddi kaygı ve problemler,
- Çocuğa karşı düşmanca duygular,
- Dini/Manevi inanışlar,
- Çocuğun sağlık tesisine ulaşımının çok zor olması,
- Sosyal güvencenin olmaması,
- Uygulanan tedavinin yeteri kadar anlaşılmamış olması
- Tedavi sürecinin aileyi zorlaması

olması gibi etmenler sıralanabilir(Yarar ve Yarış, 2011, s.180-181).

1.3.Çocuk İstismarı

1.3.1. Çocuk İstismarının Tarihçesi

Tarihin yazılı olarak başlangıcından itibaren çocuk istismarı ve ihmali farklı kaynaklarda ortaya çıksa da günümüzde insanlar bu sorunun sistemli bir şekilde çözüldüğü ve karmaşık nedenlerinin bilimsel olarak ortaya konduğu görülmüştür(Turla, 2002, s.292). Fransız doktor Tardieu, çocukların cinsel ve fiziksel istismarından ilk kez 1860 yılında Paris Tıp Okulu'nda bahsederken, Amerikalı pediatrik radyolog John Caffey 1946'da "Caffey sendromunu" kırık ve subdural hematomu olan bir çocuk olarak tanımlarken, Kempe 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmıştır(Zoroğlu vd., 2001, s.70). Garbarino ve Gilliam 1980 yılında çocuklara yönelik uygunsuz ve zararlı davranışların profesyoneller tarafından belirlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. 1874'te Amerika Birleşik Devletleri, üvey annesinin 8 yaşındaki bir kızı fiziksel olarak taciz ettiği ilk çocuk istismarı vakasını kaydetmiştir. Olay mahkemeye yansımış ve çocuğun annesi bir yıl hapis cezasına çarptırılmıştır. İlk çocuk koruma

derneği olaydan 8 ay sonra davanın avukatı Gerry tarafından kurulmuştur(Lazoritz, 1990, s.143).

Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili çalışmalara bakıldığında Türkiye’de ilk araştırmaların sosyal hizmet uzmanları ve hukukçular tarafından yapıldığı görölmektedir. Türkiye’de çocukları koruyan ilk kurum, Kurtuluş Savaşı sırasında yetimleri korumayı ve yetiştirmeyi amaçlayan 1921 yılında kurulan Himaye-i Etfal Derneği’dir. Himaye-i Etfal Cemiyeti’nin (daha sonra Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu olarak anılacaktır) tarihsel gelişimine baktığımızda, günümüz Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın temelini oluşturduğunu görebiliriz(Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı). Ülkemizde çocuk istismarı ve İhmalini Önleme Derneği 1988 yılında Ankara’da kurulmuştur(Erol, 2018, s.4).

1.3.2.Çocuk İstismarı Kavramının Tanımı ve Sınıflandırılması

Çocuk istismarı, insanlık tarihi boyunca her kültürde karşılaşılan, çocukların büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış olarak tanımlanabilir(Kara vd., 2004, s.140).

Türk Dil Kurumuna göre ‘istismar’ sözcüğü Arapça kökenli bir sözcüktür. Meali ise; kişinin iyi niyetini kötüye kullanma olarak tanımlanmaktadır(TDK, 2020). İstismar kavramı kişiden kişiye farklılık göstermekte olup bu farklılıklar kişinin dini inançlarına, davranış ve deneyimlerine, ebeveynlik tarzına, sosyoekonomik ve kültürel temellerine göre değişebilmektedir(Polat, 2001, s.86). “Hukukçular için “fena muamele”, Psikologlar için “örselenme” terimleri daha çok kabul görmüşse de ortak bir terminoloji için İngilizce ’deki “abuse” kelimesinin tam karşılığı olan “kötüye kullanım, suistimal etmek, istismar” daha alışıl gelmiş bir kullanım olarak kabul görmektedir(Saka, 2004, s.18).

İstismar kavramına gereğinden fazla önem vermek yerine sorunun kapsamını daraltıp çocuk istismarı konusunun incelenmesi gerekmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili ilk çalışmalar, 1960’lı yıllarda ebeveynler ile çocukları arasındaki ilişkileri şiddet dolayımı ile ele alınması ile ortaya çıkmıştır(Derrişoğlu, 2012, s.17). Toplumun kültürel, dini ve ahlaki değerlerine göre çocuk istismarı kavramı farklı yorumlara sahiptir. Bu nedenle çocuk istismarı tanımını tek bir çerçevede açıklamak mümkün değildir. Çocuk istismarının pek çok farklı tanımı olsa

da bu tanımların ortak özelliği yetişkin davranışlarının ya da edilgenliğinin çocukların gelişim düzeylerini olumsuz yönde etkileyeceğidir(Yetiş, 2017, s.9).

Bugün için herkes tarafından kabul edilen tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1985'te konunun uzmanlarını bir araya getirerek oluşturduğu tanımdır. “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanan tüm davranışlar çocuğa kötü muameledir” şeklinde olan tanımdır(Dünya Sağlık Örgütü, 1985).

Literatürde çocuk ihmal ve istismarını açıklamaya yönelik çeşitli kuramlar aşağıda tanımlanmıştır.

- **Psikiyatrik Model:** Anne-babanın kişilik özellikleri üzerinde durulmuş, bunlara örnek olarak da; Düşük benlik kavramı, kişilik oluşumunda karmaşa, tepki kontrolünde bozukluk, çocuğun kötü nitelendirilmesi gibi istismarcı anne-baba kişilik özellikleri gösterilmiştir.
- **Sosyolojik Model:** Bu modele göre ihmal ve istismarın nedenleri; Toplumsal değerler, aile kurumu, kültür ve örgütler olarak belirlenmiştir.
- **Sosyal Durumsal Model:** Bu modele göre; birey ve çevre arasındaki etkileşim, istismar ve ihmalin yaygınlığının temelini oluşturmaktadır. Birey ne kadar çok istismar ve ihmale maruz kalırsa, bunun bulunduğu çevrede meydana gelme olasılığı o kadar artar ve istismara uğrayan bireyin istismar etme olasılığı aynı şekilde o kadar artar. Çocuk istismarının büyük bir kısmı ebeveynin disiplin etme çabalarından kaynaklandığı gözükmektedir(Tugay, 2008, s.15).

Çocuk ihmali olduğu gibi çocuk istismarı da kendi içinde başlıklara ayrılır. Bu başlıkların literatürde genellikle 3 başlık altında toplandığı görülmektedir. Çocuk istismarı ile ilgili 3 ana başlığı; Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Duygusal/Psikolojik İstismar olarak sınıflandırılmaktadır(Karanfil vd., 2010, s.53).

1.3.2.1.Fiziksel İstismar

Fiziksel istismara tarihsel bir perspektiften bakarsak, istismarın ilk tanınan şekli olduğunu söylenebilir. Örneğin 1960'lı yıllarda Kempe ve diğerleri, hastaneye fiziksel yaralanmalarla (küçük yaralanmalar gibi) başvuran çocukların kazalardan çok ebeveyn istismarından kaynaklandığını fark etmişlerdir(Dağlı, 2008, s.33).

Fiziksel istismarla ilgili birçok tanım vardır. Fiziksel istismar en geniş anlamıyla “çocuğun kaza dışı yaralanması” olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise; “Fiziksel istismar, bir ebeveyn veya çocukla sorumlu, yetkilendirilmiş veya güvenilen bir kişinin makul kontrolleri dâhilinde etkileşim veya etkileşimsizlik nedeniyle çocuğa neden olduğu fiili zarar veya potansiyel zarar tehdidi anlamına gelir. Bu bir kez veya tekrar tekrar olabilir.” şeklinde tanımlanmıştır(Dünya Sağlık Örgütü, 1985).

Fiziksel istismar, günümüzde en yaygın karşılaşılan istismar türüdür. Çünkü fiziksel istismarın aşıkardır ve belirtilerini tespit etmek daha kolaydır. Fiziksel istismar, başlıca çocuk mağdurların kaza dışı yaralanmaları veya yetersiz ebeveyn bakımı nedeniyle meydana gelen kazaları kapsar. Kaza dışı yaralanmalar genellikle çocuğun anne ve babası tarafından cezalandırılmak istendiğinde ortaya çıkar(Polat, 2004, s.95). Kontrolü kaybeden ebeveynler, çocukları cezalandırmak için en yaygın fiziksel istismar türü olan “dayak” dediğimiz şiddete başvururlar. Daha az yaygın olarak, yanıklar, kesici alet yaralanmaları, zehirlenme ve boğulma meydana gelebilir. Yaralanma mağduru bir çocuk için her başvuruda fiziksel istismar olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır(Derrişoğlu, 2012, s.19).

Günümüzde ebeveynler tarafından “çocuklarının kendi malları” olduğu düşünce hâkimdir. Anne babaların çocuklarını terbiye etme gerekçesiyle fiziksel şiddet uygulamaları toplum tarafından olağan karşılanmaktadır. Bu durum anne babalar tarafından pek fark edilmese de tehlikenin boyutu yüksektir çünkü çocuklara karşı uygulanan fiziksel şiddet doğal olarak algılanmakta, durum kanıksanmakta ve sonucunda çocuğu sürekli şiddete veya başka kötü muamelelere karşı savunmasız bırakılmaktadır. Genellikle ebeveynlerin çocuklarına uyguladıkları şiddete, çocuğun hayati tehlikeyle karşı karşıya kalması durumunda veya hayatını kaybettiği zaman hesap sorulabilmektedir.

Fiziksel istismarın literatürde çeşitli başlıklarda incelendiği ve farklı alt başlıklarının bulunduğu gözükmektedir. İstismarı yapan kişilere göre;

Ebeveyn tarafından istismar; Ailedeki çocukların kaza dışı yaralanmaları nedeniyle oluşur.

Kurumda istismar; Okul, kreş, yetimhane veya kamp gibi kurumların yöneticileri veya öğretmenleri tarafından istismar edilmesi durumudur(Polat, 2001, s.49).

Fiziksel istismar uygulanma şekline göre ise iki başlık altında incelenebilir;

Aletsiz saldırılar: Herhangi bir alet kullanılmaksızın çocuğun vücudunda lezyonların oluşturulduğu saldırılardır. Bunlar tokat, tekme, ısırma, sarsma, şeklinde meydana gelebilir.

Aletli Saldırılar: Bunlar aynı anda çocuğun vücuduna zarar vermek için çeşitli araçlar kullanılan saldırılardır. Bu kapsamda kullanılan aletler genellikle kemer, tava, hortum, sigara, ütü, sıcak su ve yemek gibi herhangi bir ev eşyası olabilir(Kuğuoğlu, 2004, s.580, Polat, 2004, s.96).

Fiziksel istismarın sonuçlarını da kısa dönemde görülenler ve uzun dönemde görülenler olarak kategorize etmek mümkündür.

Kısa dönemde görülenler;

- Ekimoz, morluk, kırıklar ve yaralanmalar,

Uzun dönemde görülenler;

- Zayıf benlik
- İntikam ve öfke duyguları
- İçer kapanma davranışları
- Başkalarına güvenme ve sevme yeteneğinin olmaması, yeni ilişkiler kurma korkusu
- Agresif, yıkıcı ve bazen yasa dışı davranışlar.
- Kaygı ve korku
- Madde bağımlılığı

- Kâbuslar
- Okul problemleri ve başarısızlık
- Aile evinden uzaklaşma ve kaçma şeklinde sıralayabiliriz(Özdemir, 2012, s.42-43).

Fiziksel istismar, diğer istismar türleri gibi toplumun tüm sosyoekonomik düzeylerinde görülebilmekle birlikte, istismara uğrayan çocukların çoğu alt sosyoekonomik düzeylerden gelmektedir(M. Güçlü ve Acemioğlu, 2020, s.99). Çocuk istismarında ailelerde görülen temel benzerlik, istismar olayının bir kuşaktan diğerine aktarılmasıdır. Fiziksel istismar riskini artıran diğer etmenler ise;

- Düşük engelleme toleransı (günelik stresle başa çıkamayan, kolay gevşeyemeyen anne-baba)
- Çocukla ilgili doğru olmayan beklentilere girme
- Aşırı ve gerçekçi olmayan kurallar
- Fevri ve saldırgan anne-baba
- Ceza sisteminin uygulanması
- Düşük eğitim düzeyi(Pelendecioğlu ve Bulut, 2009, s.52).

Yapılacak “küçük” bir fiziksel istismar çocuğun bütün yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda fiziksel istismarın sadece ebeveynler tarafından yapıldığını söylemek çok doğru değildir. Toplumdaki her bireyin çocuğa fiziksel istismar yapabilme olanağını göz ardı etmemek gerekir.

1.3.2.2.Duygusal İstismar

UNICEF duygusal istismarı; çocukların nitelikleri, yetenekleri ve arzularının sürekli olarak aşağılanması, sosyal ilişkilerden yoksun bırakılması, insanüstü güçler tarafından sürekli tehdit edilmesi, terk edilmelere neden olması ve çocuğun topluma uygun olmayan yöntemlerle ile yetiştirilmesi şeklinde tanımlanmıştır(UNİCEF Türkiye Ofisi, 2008).

Duygusal istismarı tespit etmek diğer istismar türlerine göre daha zordur. Duygusal istismar, diğer tüm istismar biçimlerini tek bir çatı altında toplar. Fiziksel ve cinsel istismarın zararı ortadan kalksa bile duygusal istismar devam edebilmektedir(Şimşek ve Önder, 2011, s.1124). Duygusal istismarın tanımı diğer

istismarlara göre bazı değişkenler içerdiğinden bu konuda birçok tanım yapılmıştır. Polat'a göre duygusal istismar; çocuk ve ergenler, kendilerini etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalmaktan veya ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun kalmaktan psikolojik olarak zarar görmektedirler. Bu davranışlar, yaş, statü, bilgi, konum gibi özelliklere sahip, çocukları veya gençleri etkileyen kişi veya kişiler tarafından uygulanmaktadır(Polat, 2001).

Yakın tarihli bir yöntemle göre duygusal istismar, çocukların niteliklerinin, yeteneklerinin ve isteklerinin sürekli olarak aşağılayıcı muameleye, yıldırma ve tehditlere maruz kalması, yaşlarına ve gelişim durumlarına uygun olmaması ve toplumda kabul görmemesi yöntemidir(Akdaş, 2005, s.14).

Duygusal istismara sebep olan anne-baba davranışları şöyle sıralanmıştır(Yavuzer, 1995);

- Çocuğu aşağılama
- Yalnız bırakma
- Bezdirme ve korkutma
- Duygusal ihtiyaçlarına karşılık vermeme
- Tahrik etme
- Yok sayma
- Çocuğu reddetme
- Duyguların ifade etmesine mani olma
- Kullanma, suça yönlendirme
- Yaş ve gelişimsel açıdan çocuktan kapasitesinin çok üstünde beklentilerin olması olarak sıralayabiliriz.

Duygusal istismarın çocuklar üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır ve bu etki her yaş grubunda farklı sorunlar olarak kendini gösterir. Duygusal istismarın etkileri, bebeklik dönemindeki gelişimsel gecikmeler, okul öncesi çocuklarda sosyal ve duygusal sorunlar, zayıf sosyal ve duygusal bağlanma, okul çağındaki çocuklarda davranış sorunları ve öğrenme güçlükleridir(Skuse, 1989). Duygusal istismar belirtilerinin analiz edilmesi, duygusal istismarın ortaya çıkması, tespit edilen

psikolojik zararın net biçimde ortaya konması zaman alan ve sınırları belirsiz bir süreçtir(Yetiş, 2017, s.13).

Diğer istismar türlerinde olduğu gibi duygusal istismarın oluşma nedenleri arasında sosyoekonomik düzey ve istismar döngüsü etkilidir. Duygusal istismarın nedenleri arasında başka nedenler de bulunmaktadır.

- **Doğumdan sonrası anne ile çocuk arasındaki sıcak bağın kurulamamış olması:** Annenin doğum sonrası depresyonu, özel bakıma ihtiyacı olan çocuklar, istenmeyen çocuklar ve doğumda uygun olmayan cinsiyet gibi faktörlerin tümü, anne ve çocuk arasında sıcak bir bağın olmamasına neden olabilir.
- **Bozuk iletişim:** Anne-babanın çocuklarıyla sağlıklı iletişim kurmaması; genellikle onların ilgilerine, ihtiyaçlarına, duygularına ve isteklerine karşı kayıtsız kaldıklarını göstermektedir.
- **Olgunlaşmama:** Bir çocuğun bakımından sorumlu olan olgunlaşmamış anne-baba, çocuğun yoğun ihtiyaçlarıyla karşılaştıklarında çocuklarını duygusal olarak istismar etme ihtimalleri yüksektir.
- **Geniş Aileler:** Geniş ve büyük ailelerin duygusal açıdan ihmal veya istismara neden olan ortamlar oluşturduklarını veya bu ortamların oluşmasını kolaylaştırdıklarını bazı görüşler savunmaktadırlar.
- **Psikolojik Problemler:** Psikolojik problemlili kişilerin çocuklarına fiziksel ve duygusal olarak daha az ilgi gösterdikleri varsayılabilir(Dağlı, 2008, s.40).

Duygusal istismar oluşturan nedenler irdelendiğinde temelde kültürel ve sosyal yapının rol oynadığı görülmektedir. Duygusal istismara toplumun her düzeyinde rastlanmaktadır(Tugay, 2008, s.39).

1.3.2.3.Cinsel İstismar

Çocuk cinsel istismarını ilk kez 1978 yılında tanımlayan Kempe; “bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve ergenlerin bilinçli olarak onay vermeye muktedir olmadıkları ve bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel eylemlerde taraf olmaları” şeklinde açıklamıştır(Kempe,

1984, s.377). Sonraki yıllardaki tanımlamalar; çocuk ve saldırgan arasındaki yaş farkları, saldırganın kullandığı yöntemler ve istismarın verdiği zararlar da dikkate alınarak yapılmıştır. Çocuk cinsel istismarı, fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve yasal yönleri içeren geniş ve karmaşık bir konudur(Alpaslan, 2014. S.194). Ayrıca çocukların cinsel istismarı teşhis etme veya kanıtlayabilme kabiliyetine sahip oldukları düşünülmemelidir çünkü çocuklar bu tür hikayeleri uyduracak gerekli entelektüel ve cinsel deneyime sahip değildirler(Aydın, 2019, s.34)

Brittain'e göre çocuk yönelik cinsel istismar ise; Çocuğun genital bölgesine dokunma, cinsel temas, ensest, tecavüz, anal birlikteliğe zorlama, vücudunu teşhir etme/ettirme ve çocuğu müstehcen veya pornografik materyalleri izletme veya izlemeye zorlama gibi eylemleri içerir(Brittain, 2005).

Çocuğa yönelik cinsel istismar için en kapsamlı tanımlamayı DSÖ; "Bir çocuğun tamamen anlamadığı ve rızasının olmadığı, gelişimsel olarak çocuğun hazır olmadığı ya da kanunları ve toplumun sosyal kurallarını ihlal eden bir cinsel eyleme çocuğun dahil edilmesi" şeklinde yapmıştır(UNICEF Uluslararası Kurtarma Komitesi, 2015: 14).

Çocuk istismarı, insanlık tarihinde her kültürde ve ülkede var olan, çocukların büyüme ve gelişmelerini olumsuz yönde etkileyen hayati boyutu da olan bir durumdur. Konu araştırıldıkça ve ortaya çıktıkça bu durumun sıklığının oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmalar, kız çocuklarına yönelik cinsel istismar oranının erkeklerinkinden üç kat fazla olduğunu göstermiştir. Ancak erkek çocuklara yönelik istismarın ortaya çıkması kızlara göre daha düşük olasılıkta olabilir(Aktepe, 2009, s.96-97). Araştırmada cinsel istismarın %77'sinin aile üyeleri tarafından, %11'inin diğer akrabalar tarafından, %5'inin bakımla ilgisi olmayan kişiler tarafından, %2'sinin ise çocukların bakımıyla uğraşan diğer kişiler tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir. Mağdurun cinsiyeti ne olursa olsun, failer çoğunlukla erkektir ve failerin %85 ila %90'ı mağdurun tanıdığı kişilerdir. İstismarcı genellikle ailesine yakındır ve bir pedofiliktir(Demirci vd., 2008, s.46-47). Günümüzde çocuklara yönelik cinsel şiddet vakaları hızla artmaktadır. Ancak çocuk cinsel istismarına ilişkin gerçek epidemiyolojik verilerin elde edilmesi zordur çünkü bilimsel tahminlere göre, istismara maruz kalan vakalar tüm vakaların sadece %5-

10'unu oluşturmaktadır(Hatipoğlu, 2017, s.87). 20 ülkeden toplam 24 çalışmanın araştırıldığı bir derlemede cinsel istismar oranının kızlarda %7-36, erkeklerde %3-29 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu derlemede kız çocukları arasında cinsel istismara uğrama oranının üç kat fazla olduğu ve genellikle küçük çocuklara uygulandığı görülmektedir. Araştırmalar, ortalama ilk istismar yaşının 8-12 yaş arasında zirve yaptığını ve 12 yaşından sonra önemli ölçüde azaldığını göstermektedir(Bilginer vd., 2013, s.56). Coulbourn Faller cinsel istismarı yedi başlığa ayırmıştır(Faller, 1988'den akt. Erol):

- **Temas İçermeyen İstismar:** Bunlar, istismarcının çocuğun cinsel özelliklerinden seksî şekilde bahsetmesi, cinsel organlarını göstermesi (teşhircilik), çocuğu çıplak veya gizlice izlemesi gibi röntgenci davranışlardır.
- **Cinsel İlişki İçermeyen Dokunma:** İstismarcı ve çocuk giyinik veya çıplaksa, cinsel organlara dokunmak, okşamak ve/veya mastürbasyon yapmak buna dahildir.
- **Oral-Genital Seks:** İstismarcının oral-vajinal, oral-penis ve/veya oral-anal yoluyla cinsel ilişkiye girmesidir.
- **İnterfemoral İlişki:** Çocuğun bacaklarının arasına İstismarcının penisini koyduğu bir istismar türüdür.
- **Cinsel Penetrasyon:** Vajen ve/veya anüse parmakla, bir yabancı cisimle veya penisle penetrasyon söz konusu olma durumudur.
- **Cinsel Sömürü:** Cinsel tatminden ziyade ekonomik kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi sömürülerle çocuk istismarıdır.
- **Başka İstismar Türleri de İçeren Cinsel İstismar:** Cinsel istismara aşığılama, fiziksel istismar ve maddenin zorla kullanımı eşlik edebilir.

Cinsel istismarı tanımak, bildirmek ve teşhis etmek, fiziksel ve duygusal istismardan çok daha zordur. Fizik muayene sonuçlarına ek olarak çocuğun duygudurum ve davranış değişiklikleri dikkatle değerlendirilmeli, var olan veriler çocuğun gelişim özellikleri ile birlikte değerlendirilmelidir(Yağmur, 2008; İnan, 2010). Toplumsal kabuller, inanışlar, aile özellikleri ve aile dinamiği cinsel

istismarın ortaya çıkış sebebi olabileceği gibi aynı zamanda bildirim sürecini de zorlayıcı şekilde etkileyebilir.

Cinsel istismarın kişilerde yarattığı etkiyi ve aktif halde nasıl işlediğini Finkelhor (1993) geliştirdiği dört faktörlü bir “Travmajenik Dinamik Model” le açıklamaya çalışmıştır. Bunlar;

- **Travmatik cinsel uyarılma:** Erken yaşlarda doğru olmayan cinsel tecrübe edinen çocuk, sağlıklı olmayan ve anormal bir cinsel gelişim gösterir.
- **Aldatılma/ihanet:** Bağlı olduğu ve güvendiği biri tarafından istismar edilen bir çocuğun kişilerarası ilişkisinde güven ve bağlılık sorunları vardır.
- **Güçsüz/çaresiz hissetme:** Zorlanan ve şiddete maruz kalan çocuklar kaygı, korku, çaresizlik gibi ağır duygular yaşar ve kendilerine zarar verici davranışlar geliştirirler.
- **Damgalanma:** Pişmanlık, utanç ve suçluluk içeren olumsuz bir süreçtir ve bu yapılar çocuğun benlik imajında birleşir. Bu dinamik; çocuğun istismarcı tarafından azarlanmasında, ensestin ilişki içerisinde gizlenmesinde ve toplum ve aile çocuğa tepki gösterdiğinde ortaya çıkar. Damgalanma süreci çocuğun sonraki ilişkilerinde değişik şekillerde tekrar tekrar yaşanmaktadır. İstismara uğrayan kişi, incindiği ve dolayısıyla bunu hak ettiğini düşündüğü için istismarın yükünü taşımaya devam eder. Olumsuz benlik imajı nedeniyle kendini diğer insanlardan soyutlar veya diğer insanların kendi bedeni üzerinde hakları olduğuna inanır. Utanç ve suçluluk; bu dinamiğin uzun döneme yansması ile gerçekleşir(Finkelhor, 1993).

Çocuk cinsel istismarı yıkıcı etkisi üzerinden değerlendirilirse erkek çocukların da çok derin travmalar yaşadığını göstermektedir. Kızlarla karşılaştırıldığında, erkeklerin tepkilerinin bazı yönlerden kızlara göre daha güçlü olduğu görülmektedir. Bu tepkilere bakıldığında; Erkek çocuklar istismardan daha çok utanmaktadırlar, istismar sonrası daha kavgacı ve saldırgan olmaktadır,

eşcinsellik konusunda endişelenmektedirler, cinsel kimlik kaygısı yaşamaktadırlar ve alkol ve uyuşturucu bağımlılıkları derinleşmektedir(Bulut, 2007, s.142).

Cinsel istismarın görüldüğü gibi çocuk üzerindeki etkileri oldukça yıkıcıdır UNICEF de cinsel istismar sonrası görülen bulguları kız ve erkek olarak ikiye ayırmıştır. Bu bulgulara bakacak olursak;

Tablo 1. Kız ve Erkeklerde İstismar Sonrası Görülen Bulgular

	6-11 yaş	12-17 yaş
K I Z L A R	<ul style="list-style-type: none">• Diğer çocuklarla cinsel yönden davranışlar içinde bulunmak• Cinsel istismarı sözlü olarak tarif etmek• Cinsel organıyla sürekli meşgul olma veya aşırı ilgili olma• Yeme bozuklukları• Yetişkinlerle cinsel ilişkiye girme• Erkekler veya kadınlara karşı güvensizlik, ani korku• Bulunduğu yaşa uygun olmayan cinsel davranış bilgisine sahip olma• Uyku bozukluğu, gece kâbusları sıklığı	<ul style="list-style-type: none">• Genç çocuklarla cinsel sömürücü etkileşimde bulunma• Gelişigüzel cinsel davranışlar veya bağlanmadan kaçınma• Utanma, aşağılanma ve suçluluk duygusundan uzaklaşma çabaları• Evden kaçma
E R K E K L E R	<ul style="list-style-type: none">• Başka çocuklarla cinsel davranışlar içinde olmak• Cinsel organlarına karşı aşırı ilgili olma veya sürekli meşgul olma• Uyku bozukluğu, gece kâbusları sıklığı• Regresif davranışlarda bulunma• Ani sinirli davranışlar veya davranışların dışa vurumu• Önceden ilgi duyduğu alanlarının kaybı	<ul style="list-style-type: none">• Ergen çocuklarla cinsel sömürü ya da onlarla sinirli etkileşim içinde olma• Risk içeren davranışlarda bulunma• Utanma, aşağılanma ve suçluluk duygusundan uzaklaşma çabaları

Kaynak: (<http://www.unicef.org/teachers/protection/prevention.htm>, Erişim tarihi: 07 Aralık 2007).

Çocukları cinsel istismardan korumak çok önemlidir, bu nedenle çocukları özgüveni ve özsaygısı yüksek bireyler olarak yetiştirmek, özellikle aile içi istismarın önlenmesinde en önemli korunma yöntemidir. Çocukların kendilerini korumak için

istememedikleri şeylere "hayır" deme özgürlüğünü hissetmelerine izin vermek çocuğun kendini koruması açısından oldukça önemlidir(Tugay, 2008, s.35). Çocukla cinsel konuları merak ettiklerinde onlara doğru ve sağlıklı bir şekilde anlatılmalıdır. Bu bağlamda ailelerin cinsel eğitim ve mahremiyet eğitimini almaları oldukça önemlidir. Çocuklar kendilerini istismara maruz bırakan davranışlara kaldıklarında güvendikleri birine anlatabilecekleri söylenmeli ve kendilerine güven verilmelidir(Şahin, 2006, s.34).

1.4. Çocuk İhmali ve İstismarında Risk Faktörleri

Çocuk istismarı için farklı risk faktörleri bulunmaktadır. Bu faktörler aileden aileye değişebileceği gibi kültürden kültüre de farklılık gösterebilir(Yılmaz, t.y., s.69) Çocuk istismarı için risk faktörlerine örnek olarak; Ayrılık, anneliğe yabancılaşma, düşük ebeveyn sevgisi, çocuklarda huysuzluk, çocuk sahibi olmak, aileyi yeniden düzenlemek, aile çatışması ve evlilik doyumu verilebilir(Yelken Karabay, 2021, s.52). Şiddetli depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluk öyküsü olan ailelerde istismar riskinin artacağı söylenebilir(Walsh ve diğerleri, 2002). Bir diğer araştırma ise, çocuk istismarı ve ihmali için en önemli risk faktörünün ailenin ciddi maddi sıkıntısı olduğunu söylemektedir(Güler vd., 2002, s.129).

İstismara neden olan risk faktörleri; Çocuklar için kişisel düzeyde; yaş, cinsiyet, sağlık durumu, gelişim evresinde olma gibi faktörlerdir. Mevcut şartlar düzeyinde; Ebeveyn-çocuk etkileşimi, aile dinamikleri, büyüme deneyimi, aile içi şiddet olarak sıralanabilir. Daha geniş şartlar düşünüldüğünde; sosyal faktörler, sosyal destek ve aile ilişkileri sistemini söyleyebiliriz. Son olarak Kültürel şartlar düzeyinde de; İnançlar, normlar ve değerleri risk faktörleri olarak söyleyebiliriz(Paslı, 2017, s.40).

Çocuk İhmali ve İstismarı için risk faktörleri 3 aşamada incelenmektedir;

1.4.1.Bireysel ve Ailesel Risk Faktörleri

Ebeveyne ilişkin;

- Anne babanın çok genç yaşta olmasından kaynaklı ebeveynliğe hazır olunmaması ihmal ve istismar riskini artırır.

- Çocuklarıyla iyi iletişim kuramayan ebeveynlerin genellikle onların ilgilerine, ihtiyaçlarına, duygularına ve isteklerine karşı kayıtsız kalması ihmal ve istismar riskini artırır.
- Doğumdan sonrası anne ile çocuk arasındaki sıcak bağın kurulamamış olması ihmal ve istismar riskini artırır.
- Ebeveynin çocukluk çağı istismarı geçmişi, bir ebeveynin kendi çocuğunu istismar ve ihmal etme riskini önemli ölçüde artırır.
- Ebeveynin psikiyatrik problemleri ihmal ve istismar riskini artırır.
- Ebeveynin yeterli eğitime sahip olmaması, çocuk yetiştirme konusunda yanlış ve eksik bilgilere sahip olması ihmal ve istismar riskini artırır.
- Tek ebeveyne sahip olmak ihmal ve istismar riskini artırır.
- İstenmeyen gebelik ihmal ve istismar riskini artırır.
- Ebeveynin madde kullanımı ihmal ve istismar riskini artırır(Yolcuoğlu, 2010, s.77)

Çocuğa ilişkin;

- Çocuğun cinsiyeti, ırkı ve kültürel kökeni bireysel bağlamda bir risk faktörüdür.
- Çocuğun sosyal ilişkilerde kendini yetersiz görmesi, içe kapanık olması bir risk faktörüdür.
- Çocuğun psikolojik problemlerinin olması ve bununla ilgili çevresinden herhangi bir destek görememesi bir risk faktörüdür.
- Evlat edinilmiş olan çocukları ihmal ve istismara uğrama riski diğer çocuklara göre daha fazladır.
- Çocuğun kendisini anne babası tarafından istenmeyen bir çocuk olarak görmesi bir risk faktörüdür.
- Çocuğun madde kullanması ihmal ve istismar riskini artırır(Deveci ve Açıık, 2003, s.396).

1.4.2.Çevresel ve Toplumsal Risk Faktörleri

- Düşük sosyoekonomik düzey ihmal ve istismar için bir risk faktörüdür.

- Geniş ve büyük ailelerin duygusal açıdan ihmal veya istismara neden olan ortamlar oluşturduklarını veya bu ortamların oluşmasını kolaylaştırdıklarını bazı görüşler savunmaktadırlar.
- Kültürel değerler ihmal ve istismar risk düzeyini belirlemektedir.
- Yaşanılan ülkede sosyal refah politikalarının yeterli olmaması ve çocuğun devlet nezdinde tam olarak korunamaması risk düzeyini artırır.
- Çocuğun veya ailenin bulunduğu çevrenin sağlıklı olmaması çocuk için risk teşkil etmektedir.
- Yaşanılan çevrenin tehlikeli olması ve suç işleme oranının yüksek olması risk düzeyini artırmaktadır.
- Savaş ortamında bulunmak veya mülteci olmak da ihmal ve istismar riskini artırmaktadır.(Yelken Karabay, 2021. s.50-51)

1.5.Çocuklara Yönelik İstismar ve İhmalin Önlenmesi

Sosyal devlet; toplumda sosyal barışı ve sosyal adaleti, sosyal refahı, sosyal bütünleşmeyi, toplum nezdinde eşitsizliklerle mücadele etmeyi ve sosyal kalkınmayı sağlamayı hedeflemektedir(Arısoy ve Korkmaz, 2018, s.305). Sosyal devletin en büyük amaçlarından biri de; barınmadan beslenmeye, sağlıktan eğitime hayatın her alanında eşitsizlikten en çok etkilenen çocukların korunması ve çocuklara yönelik her saldırı için önlem ve koruma politikaları oluşturmak olmalıdır(Güner vd., 2010, s.108). Bir halk sağlığı sorunu olarak ihmal ve istismarın önlenmesi için ve diğer hastalıkların önlenmesinde olduğu gibi sistematik, bilime dayalı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşımın izlenmesi gerekmektedir(Demir, 2012, s.25). İstismar ve ihmale bağlı çocuk ölümleri, çocuk ölümlerinin %61'ini oluşturmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali vakaları belirli bir kişi veya kurumun sorunu değil, toplumdaki herkesin sorunudur(Burç, 2014, s.17). Ayrıca Bethea (1999), çocuk istismarını başarılı şekilde önlemek için bazı özellikler olduğunu vurgulamıştır. Bu özelliklerin çoğunun aile ile ilgili olduğu söylemektedir. Çocukları istismar eden aileler; yoksulluk, fiziksel ve ruhsal hastalık, madde bağımlılığı ve karmaşık sorunlarla karşı karşıya oldukları için müdahalelerin tüm bu karmaşık yapıyı kapsaması ve uzun vadeli olması gerekmektedir (Bethea, 1999 'dan akt. Russel, Gockel ve HARRIS, 2007). Ayrıca, müdahalenin birincil amacı, yüksek riskli ailelerin ebeveynlik ve aile

işlevlerinin kalitesini etkileyen risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri değerlendirmek olmalıdır(Bahadır Yılmaz, 2013, s.256).

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Kongresi'nin sonuç bildirisinde, Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi eksikliği olduğu ve bu eksikliğin giderilmesi için uygulanan eğitim programlarının sayısının yetersiz olduğu vurgulanmıştır. Düzenlenen eğitim programlarının miktarı önemli olmakla birlikte, kalıcı değişiklikler yapabilmek için eğitimin kalitesi de önemlidir(Keser vd., 2010. s.156). İstismarın çok yönlü doğası gereği birçok kurum ve uzman bu sorunu (Çocuk doktorları, psikologlar, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, polisler, avukatlar vb.) dikkate alınmalıdır. Meslek hayatında çocuklarla temasa geçen herkes çocuk İstismarından nasıl şüpheleneceğini ve gördüğünde ne yapacağını bilmelidir. Aynı zamanda ilgili uzmanlar tarafından toplum çocuk hakları ve istismarı konusunda bilinçlendirilmeli ve önemi vurgulanmalıdır(Geçkil, 2017, s.67-68).

Birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemi olarak korunma önlemlerini üçe ayırabiliriz. Birincil koruma, şiddetin oluşmasını önlemeye yönelik çabaları içerir, ikincil koruma erken tedavi ve tanı çalışmalarını ve üçüncül koruma da şiddet mağdurlarını rehabilite etmeye yönelik çabaları içerir(Turhan vd., 2006, s.155).

1.5.1.Birincil Koruma

Çocukların karşılaşılabileceği istismar ve ihmal tehlikelerini önceden tahmin etmek, eğitim ve farkındalık yaratma yoluyla halkın bilinçlendirilmesi birincil önleyici tedbirleri içerir. Toplumda istismar ve ihmale yatkın risk gruplarını belirleme, aile planlaması bilinci oluşturma, ebeveynlerle başa çıkma becerilerini geliştirecek eğitimler verme, aile ve çocuk arasındaki iletişimi artırmak gibi sağlık hizmetlerine ek olarak; okul öncesi eğitimi yaygınlaştırmak, işsizlik, yoksulluk gibi toplumsal sorunlar da birincil koruma kapsamındadır(Öztürk Can ve Irmak Yılmaz, 2017, s.541).

Birincil önlemenin amacı, tüm çocukların iyi gelişmesini ve bu gelişimin sürdürülebilir bir çevrede olmasını sağlamaktır. Bu tür bir ortam ancak sosyal reformlarla, farklı tutum ve eğitim yoluyla oluşturulabilir. Toplumun, ailenin ve çoğu insanın yaşam kalitesini iyileştirebilecek her şey Çocuk üzerinde olumlu bir etkisi olacaktır(Kara, 2010, s.43)

1.5.2. İkincil Koruma

İstismar ve ihmal riski altındaki aileleri belirlemek, ihtiyaç duydukları hizmetleri sağlamak ve gerekli görüldüğünde ek hizmetler sunmak ikincil koruma olarak kabul edilebilir(Yükseler, 2020, s.41). İkincil koruma çalışmalarını yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin mevcut hizmetleri kullanmasını sağlayacak planlar ve bu kişilere gerekli ek hizmetlerin sağlanması olarak özetlenebilir(Kara, 2010, s.44)

Sağlık kuruluşlarına başvuru sırasında saptanamayan istismar vakalarının %30-50'si tekrarlayan travma riski altındadır ve bunların %5-10'u tekrarlayan travmalardan kaynaklı hayatlarını kaybetmektedir. Tüm sağlık çalışanlarına erken tanı ve tedavi konusunda farkındalık artırıcı eğitimler düzenlenmeli etik, ahlaki ve yasal sorumluluk anlatılmalıdır. Çocuk istismarını teşhis ve tedavi etme aşamalarında bulunan sağlık çalışanları çocuk istismarının belirti ve semptomlarını çok iyi bilmelidir. Herhangi bir nedenle hastaneye gelen çocuklar istismar açısından değerlendirilmeli, şüpheli bir durum ortaya çıkarsa çocuk zarar görmeden ilgili birimlere bildirilmelidir(Selçuk ve Karadeniz, 2020, s.33).

1.5.3. Üçüncül Koruma

İstismara uğrayan çocukların tekrar istismara uğramasını önlemeye yönelik faaliyetler, kalıcı hasar, ölüm ve diğer istenmeyen sonuçları önleme üçüncül koruma faaliyetleri kapsamındadır. Üçüncül koruma İstismarın rapor edilmesini, mağdurların değerlendirilmesini ve tanımlanmasını içerir(Altın, 2021, s.74). Üçüncül önleme, istismara uğrayan çocukların tekrar istismara uğramasını önlemek ve ölüm gibi istenmeyen sonuçlardan kaçınmaktır. Günümüzde çocukların ihmal ve istismarının önemi giderek artmakta, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bu konuda profesyonel ve işlevsel olarak planlanması gerekmektedir(Kara, 2010, s.45).

Özünde çocuk istismarı sadece bir uzman grubunun değil, farklı disiplinlerden ekiplerin ortak çabalarını gerektiren bir olgudur. İlgili disiplinler arasında gerekli diyalog ve iletişim yoksa çocuk istismarı alanında uygulanacak yaptırımlar belirsiz olabilir. Bu bağlamda disiplinler arası bilgi alışverişi ve işbirliği oldukça önemlidir. Çocuk istismarı vakaları geniş bir bakış açısıyla ve

multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Disiplinin tıbbi, yasal ve psikososyal yönlerinin ayrıntılı bir değerlendirmesi çok önemlidir(Demir, 2012, s.27).

1.6.İhmal ve İstismara Uğramış Çocuklarla İlgili Temel Haklar ve Hukuki Boyut

1.6.1.Çocukların Temel Hakları

Çocuklar gözlerini açıp yaşamaya başladıkları andan itibaren çeşitli temel haklardan yararlanırlar. Çocuk haklarını insan hakları kavramının şemşiyesi altında diyebiliriz. Hukuki anlamda "çocuk hakları" terimi, 21. yüzyılda kullanılmaya başlanan nispeten yeni bir kavramdır(Dirican, 2018, s.43).

Çocuk hukukunun ana teması çocuk haklarıdır. Bu nedenle çocuk hukuku çocuk haklarıyla eş tutulmuştur. 18 yaş altı çocukların insan haklarının tanınması ve Anayasa'nın temel haklarının tanınmasıyla birlikte çocuk hakları ortaya çıkmıştı. Çocukların temel yasal haklarını; eğitim, sağlık, güvenlik ve koruma ile barınma olmak üzere dört başlık halinde incelenebilir(Özdemir, 2012, s.17-24).

- **Eğitim Hakkı:** Çocukların en temel haklarından biri eğitim hakkıdır.
- **Sağlık Hakkı:** Hayat en temel insan haklarından biridir.
- **Güvenlik Hakkı:** Çocuk güvenliği hukukun temel ilkelerinden biridir.
- **Barınma Hakkı:** Barınma hakkı, çocuğu olan veya hayati tehlikesi olan hamile kadınlara uygun konut sağlanmasına yönelik bir önlemdir.

1.6.2.Çocuk İhmal ve İstismarını Önlemeye Yönelik Önemli Uluslararası Düzenlemeler

20. yüzyıl, çocukların yetişkinlerden farklı olduğunun ve korunması gerektiğinin vurgulandığı, aynı zamanda çocuk suçlular için uluslararası düzenlemelerin yapıldığı bir dönemdir(Uluğtekin vd., 2004, s.35). Bunlar aşağıda sıralanmıştır;

- **1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi:** Çocuk haklarını uluslararası arenada korumaya yönelik ilk etkili önlem, 1924 yılında Milletler Cemiyeti tarafından kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Cenevre Bildirgesi olmuştur. Bildirge ile, çocukların doğal gelişmelerine, aç çocukların beslenmelerine, hasta çocukların tedavi edilmesine, terk edilmiş çocukları korunmasına ve çeşitli istismarlardan çocukların

korunması gerektiği belirtilmiştir. Bildirge Türkiye tarafından da onaylanmıştır(Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi, 1924).

- **1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi:** Çocuk Hakları Bildirgesi, 20 Kasım 1959'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edildi. 10 ilkedен oluşan bildiride; Çocukların yetişkinlerden farklı fizyolojik, fiziksel, davranışsal ve psikolojik özelliklere sahip olduğu belirtilmektedir. Çocukların sürekli büyüme ve gelişme gösterdiği ve çocuk bakımının sosyal bir konu olduğu vurgulanır(Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi, 1959).
- **1989 BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme:** ÇHS, çocuklar için Magna Carta olarak tanımlanır ve 18 yaşın altındaki herkese çocuk muamelesi yapar. Ayrıca çocukları ihmal, istismar ve kötü muameleden korumayı amaçlar. Sözleşme, çocuklara bireylerin haklarını uluslararası hukukun geçerliliğini verir ve aile sorumluluklarının bir çocuğun önceliği olduğunu belirtir. 1959 Çocuk Hakları Bildirgesi'nde ebeveyn sorumluluğunun hayati önemine ilişkin bir anlayış benimsenir. Ailelerinden yeterli desteği alamayan çocukların bakımı kamuya ait olmalıdır anlayışını korumuştur. Çocuk haklarına dair en kapsamlı belge olduğu uluslararası hukukta kabul edilmektedir. Dünyadaki çocuklarının “İnsan Hakları Yasası” görülmektedir(Dervişoğlu, 2016, s.46-53).

1.6.3.Çocuk İhmali ve İstismarı ile İlgili Önemli Ulusal Yasal Düzenlemeler

Türk çocuk hukukunun gelişiminin başlangıcının 19. yüzyılda Mithat Paşa'nın Tuna Bölgesi valisi olduğu zamanlarda çocuk ıslahevlerinin düzenlenmesiyle ilgili tüzük çıkarması ile başladığı söylenebilir. Cumhuriyet döneminde gerçek anlamıyla bu alanda önemli gelişmeler yaşanmıştır(Özdemir, 2012 s.29). Ulusal boyutta yasal düzenlemelere aşağıda sıralanmıştır;

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu: Çocuğun hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde ettiğini belirtmektedir. Ayrıca ailenin huzur ve bütünlüğünün korunması, çocukların bakım, eğitim ve gözetimi, aile

üyeleri arasında karşılıklı saygı ve anlayış ihtiyacı ve çocuklarla kişisel ilişkilerin korunmasına ilişkin hükümler içermektedir(Türk Medeni Kanunu, Madde:28).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu: Kanunda çocukların cinsel istismarı ayrı bir başlık altında düzenlenmekte ve çocuklara karşı işlenen bazı suçlar da ağırlaştırıcı cezalara gerekçe olarak gösterilmektedir(Türk Ceza Kanunu, Madde:103).

2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu: Amacı; bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan kuruluşların kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklarını, faaliyetlerini ve gelirlerini belirlemenin yanı sıra ailelere, çocuklara, engellilere, yaşlılara ve diğer kişilere sağlanacak sosyal hizmetlerin esaslarını düzenlemektir(Sosyal Hizmetler Kanunu, Madde:1).

5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu(ÇKK): Bu konunun amacı, korunması gereken veya suç işlemeye zorlanan çocukların korunması, hakları ve esenliklerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. ÇKK'ya göre koruma ve destekleyici tedbirleri, çocukların öncelikle aile ortamında korunmalarını sağlamak için danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma alanlarında alınan tedbirlerdir (Çocuk Koruma Kanunu, Kısım:1).

Kanunda; koruyucu ve destekleyici uyarı kararlarının alınmasına, çocuklar için güvenlik tedbirlerinin alınmasına, akıl hastalığına ve tedbir kararlarına ilişkin usullere ilişkin hükümler yer almaktadır. Kanunun ikinci bölümünde soruşturma aşaması ve kovuşturma aşamasına ilişkin hükümler yer alırken, üçüncü bölümde mahkeme ve savcılıkların kurulmasına ve görev ve yetkilerinin tanımlanmasına ilişkin hükümlere yer verilmiştir.

1.6.4.Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarında Bildirim

Çocuk istismarının önlenmesi ve rehabilitasyonu kadar önemli olan bir diğer konu da tespit edilen olguların adli makamlara bildirilmesidir. Bu bağlamda cinsel istismardan şüphelenen veya bunu keşfeden görevlinin hukuki olarak daha fazla bilgi edinmesi gerekmektedir(Eraslan, 2018, s.33-34).

İstismar vakalarını görmezden gelmek veya atlamak, mağdurların tekrarlanan şiddete ve bazen de ölüme maruz kalmasına neden olabilir. Görevlilerin istismar ve ihmalin oluşumuna yeterince dikkat etmemesi, sorunun boyutlarını

anlamaması, istismarı tespit edecek yeterli bilgiye sahip olmaması, ailevi sorunlara karışmak istememesi, kendilerine zarar geleceğinden endişelenmesi genellikle karşılaşılan sorunlardandır(Tekin ve Kılıç, 2020. s.89).

1.6.4.1.Cinsel istismar Vakalarında Bildirim Süreci ve Çocuk İzlem Merkezi

Özellikle acil servis ve klinikler, cinsel taciz veya şüphe vakasının görüşmeye alınması ve detaylı fiziki ve genital muayene yapılması için uygun koşulların bulunmaması nedeniyle pek uygun değildir. Bu sebeple bu süreçlerin Çocuk İzleme Merkezlerinde (ÇİM) görevlendirilen alanında deneyimli bir ekip tarafından gerçekleştirilmelidir. 2010 yılında pilot uygulamasına başlayan ÇİM, 2012 yılında Türkiye genelinde hizmete açılmaya başlanmış ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde faaliyet göstermeye başlamıştır. Bu nedenle amacı adli,fiziksel ve cinsel istismar şüphesi olan olguların tek merkezde fiziksel ve ruhsal değerlendirmelerin yapılmasıdır. ÇİM'in kurulmasından önce cinsel istismar mağduru çocuklar durumlarını sırasıyla; ilk müracaat ettiği görevliye ardından kolluk kuvvetlerine, savcılara, mahkeme heyetlerine ve Adli Tıp Kurumuna anlatmak durumunda kalabiliyorlardı. Mağdur çocuklarda ağır travma sonrası yaşadıkları süreci sürekli uygun olmayan bir yerde ve zamanda anlatmak zorunda kalması travmanın daha da derinleşmesine sebep olmaktadır(Eraslan, 2018, s.35).

ÇİM'in işleyiş şekli; bir çocuğun cinsel istismara maruz kaldığına yönelik kuşku olduğu durumlarda, kuşkuya şahit olan ilgililerin (ebeveyn, kamu çalışanları vb.) olayı acele kolluk kuvvetine bildirmesi, kolluk kuvvetlerinin de mağdur olma kuşkusu taşıyan çocuğu, hiçbir görüşme yapılmadan sivil bir ekip ve sivil bir araçla ÇİM'e götürmesi ile başlamaktadır. Mağdur çocuğa ilişkin soruşturma aşamaları ÇİM'de gerçekleşmekte, adli ve idari işlemlerin tüm muhatapları(Cumhuriyet Savcısı, Avukat...) mağdurun bulunduğu ÇİM'e gelmektedir. Çocuğun ifadesini soruşturmayı yürüten Cumhuriyet Savcısı, çocuğa vekil olarak gelen avukat ve diğer görevliler camın arkasından izlerken, çocukla yüz yüze görüşmeyi yürüten adli görüşmeci de kulaklıklar aracılığıyla cam arkasındaki görevliler tarafından yönlendirilebilmektedirler. Böylelikle mağdur çocuğun ifadesine, bu alanda eğitim

almış meslek elemanı tarafından başvurulmakta ve tüm görüşmelerde kamera ile kaydedilmektedir(Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu, 2015).

1.6.4.2. Çocuk İhmal ve İstismar Vakalarında Sağlık Çalışanlarının Bildirim Yükümlülüğü

Türkiye'de çocuk istismarı bildirimının az olmasının sebepleri; sağlık çalışanlarının yeterli eğitime sahip olmaması, ailevi konulara karışma konusundaki isteksizlikleri, ebeveynlerin çocuklarına zarar verebileceklerini düşünmeleri gibi sebepler sayılabilir(Biçer vd., 2002, s.109). Ancak bu gibi sebepler engel teşkil etse de sağlık çalışanlarını bildirim yükümlülüğünden muaf tutmamaktadır.

Suçların oluşmasını önlemek, engellenemiyorsa suçluları soruşturmak, tespit etmek ve cezalandırmak devletin görevidir Ancak ceza sorumluluğunun devlete verilmiş olması, suça tanıklık eden kişileri sorumluluktan kurtarmaz(Koca, 2012, s.113). Bu sebeple anayasamızda çocuk istismarına ilişkin suçların bildirilmesi TCK'nın 278'inci maddesinde tüm bireylere, TCK'nın 279'uncu maddesinde kamu görevlilerine, TCK'nın 280'inci maddesinde ise sağlık çalışanlarına zorunluluk olarak gösterilmektedir. Türk Ceza Kanunu 280. Madde;

- Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
- Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (Türk Ceza Kanunu, Madde:280).

TCK 280. Madde kapsamında suçun oluşabilmesi için sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken bunu tespit etmeleri gerekmektedir. Bir başka ifadeyle, sağlık çalışanları suç oluşturan olguyla görevlerini ifa ederken karşılaşmalıdır. Örneğin, bir psikiyatri kliniğinde cinsel istismara uğramış bir çocuğun tedavisi sırasında doktor, çocuğun ruhsal rahatsızlığının babası veya kardeşleri tarafından kendisine yapılan cinsel saldırıdan kaynaklandığını öğrendiğinde, durumu sorumlulara bildirmekle yükümlüdür(Bür Durgun, 2019, s.14).

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma 15/02/2020-15/03/2020 tarihleri arasında Tekirdağ ili Süleymanpaşa ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Süleymanpaşa İlçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan 116 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada gönüllülük esas alındığı için örneklem belirlenmeden 2020 yılında Süleymanpaşa ilçesinde Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan 116 sağlık çalışanına ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak 22 sağlık çalışanının araştırma esnasında görevde bulunmamaları veya çalışmaya katılmak istemediklerini beyan etmelerinden kaynaklı 94 kişi ile araştırma tamamlanmıştır. Evrenin %81.0'ına erişilmiştir.

2.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” kullanılmıştır.

2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların sosyodemografik özellikleri, mesleki bilgileri, çocuk ihmal istismarı vakası ile çalışma durumları, çocuk ihmal ve istismarı vakalarında zorlandıkları aşamaların sorgulandığı 16 soruluk bir formdan oluşmaktadır.

2.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek

Ölçek 1998 yılında Aynur Uysal tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 67 sorudan oluşmakta ve beşli Likert tipte derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçek 6 farklı alt boyut içermektedir. Bunlar:

- İhmal ve İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-15-16-17-18-19-20 soruları
- İhmalin Çocuktaki Belirtileri: 21-22-23-24-25-26-27 soruları
- İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri: 14-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-67 soruları
- İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri: 42-43-44-45-46-47-48-49-50-55-60-66 soruları
- İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri: 41-51-52-53-54-56 soruları
- Çocuk İhmal ve İstismarında Ailesel Özellikler: 57-58-59-61-62-63-64-65 soruları ile hesaplanmaktadır.

Ölçekteki maddeler “çok doğru= 5 puan”, “oldukça doğru=4 puan”, “kararsızım=3 puan”, “pek doğru değil=2 puan”, “hiç doğru değil=1 puan” verilmektedir. 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 49, 54, 56, 59, 61 ve 63 numaralı sorular ters madde şeklinde kodlanmaktadır (Uysal, 1998). Bununla birlikte ölçekteki tüm soruların doğru yanıtlanması halinde 335 puan alınmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi ortalama puan üzerinden yapılmakta olup puan ortalamalarının 5'e yaklaşması bilgi düzeyinin yüksek olduğu, 3 puan ve üzeri alanların yeterli bilgi düzeyinde olduğu, 3 puan altı alanların ise yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır (Uysal,1998).

Uysal (1998)'ın yapmış olduğu çalışmada ölçek Cronbach's α Katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise 0,59 ile 0,89 arasında Cronbach's α Katsayısı değişmektedir. Analiz sonuçlarına göre ölçek güvenilir bulunmuştur.

2.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının katılımcılara uygulanabilmesi için Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı araştırma izni alınmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alındığından katılımcılara veri toplama araçları verilmeden önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu” imzalatılmıştır. Çalışmada katılımcıların bilgilerinin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı belirtilmiştir.

2.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nden 2019.204.11.01 protokol numaralı Etik Kurulu izni ve Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli resmi izinler alınmıştır.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiş ve gerekli analizler bu program üzerinden yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri bağımsız değişken; Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek puanları ise, bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Araştırma bulgularının değerlendirilmesinde yüzdeler, sayılar, ortalama, ortanca, standart sapma kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının ölçek puanlarının normal dağılımının analizi için Shapiro ve Kolmogorow – Simirnov testleri uygulanmıştır. Ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden parametrik testler ile analiz yapılmıştır. Buna göre bağımsız örneklem için t- testi, Oneway Anova ve Pearson Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup, iki yönlü ve %95 Güven aralığında değerlendirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Ülkemizde çocuk ihmal istismarını tanılama aşamasında önemli yere sahip olduğu düşünülen sağlık çalışanlarına yönelik literatürün sınırlı sayıda olduğu görülmüş ve bu alana yeni bir katkı sağlamak için Tez'imiz birinci basamak sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Çocuk ihmal ve istismarını erken fark etme çocuğun

daha fazla örselenmesini engelleme konusunda önemli bir yeri bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik çocuk ihmal istismarına ilişkin literatür sınırlıdır. İlimiz’de bu alanda yapılmış akademik bir çalışma yoktur. Bu bağlamda Tez bulgularının bu alana ve İlimiz’e katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Bu yönü araştırmamızın güçlü yanlarındanadır.

Araştırma, Tekirdağ ili Süleymanpaşa ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Katılımcıların soru formlarına verdikleri yanıtlar öznel yanıtlardır ve doğruluğu sınırlıdır. Ayrıca araştırma evreni tüm sağlık çalışanlarını temsil etmediğinden Tez’in bulguları tüm sağlık çalışanları için genellenmemelidir.

3.BULGULAR

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin incelenmesi amacıyla Tekirdağ Süleymanpaşa'da ASM'lerde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (n=94) katılımıyla gerçekleştirilen Tez'in verileri aşağıda sunulmuştur.

Tablo 2'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %72.3 (n=68)'ünün kadın %27.7 (n=26)'sının erkek olduğu, %40.4 (n=38)'ünün 40-48 yaş aralığında, %23.4 (n=22)'ünün 49 yaş ve üzeri, %21.3 (n=20)'ünün 31-39 yaş aralığında, %14.9 (n=14)'unun ise 22-30 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %81.9 (n=77)'ünün evli ve çocuk sahibi olduğu, %18.1 (n=17)'inin ise bekar ve çocuk sahibi olmadığı görülmüştür.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri n:94	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	68	72.3
Erkek	26	27.7
Yaş		
22-30	14	14.9
31-39	20	21.3
40-48	38	40.4
49+	22	23.4
Medeni Durum		
Evli	77	81.9
Bekâr	17	18.1
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	77	81.9
Hayır	17	18.1

Tablo 3'de katılımcıların eğitim durumları ve mesleki süreçlerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre katılımcıların %58.5 (n=55)'inin aile sağlığı elemanı, %41.5 (n=39)'inin ise aile hekimi olduğu, katılımcıların en yüksek oran olan %52.1 (n=49) ile lisans mezunu olduğu, en az oran olan %11.7 (n=11) ile ön lisans mezunu

olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık çalışanı olarak iş hayatına başlamalarına yönelik bulgularda ise %39.4 (n=37)'ünün 14-26 yıl aralığında, %31.9 (n=30)'unun 1-13 yıl aralığında, %28.7 (n=27)'sinin ise 27 yıl ve üzeri çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Mesleki Bilgilerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Eğitim Durumu ve Mesleki Bilgileri	Sayı	%
n:94		
Meslek		
Aile Hekimi	39	41.5
Aile Sağlığı Elemanı	55	58.5
Öğrenim Durumu		
Lise	16	17.0
Ön lisans	11	11.7
Lisans	49	52.1
Yüksek Lisans/Doktora	18	19.1
Çalışma Süresi		
1-13	30	31.9
14-26	37	39.4
27+	27	28.7

Tablo 4'te katılımcıların çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim alıp almadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Tablo 4'te görüldüğü gibi Katılımcıların %75.5 (n=71)'i öğrenimleri esnasında çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim aldıklarını ifade ettikleri ve eğitim alanların %66.2 (n=47)'si almış oldukları eğitimin faydalı olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Katılımcıların %85.1 (n=80)'i mezuniyet sonrası çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim aldıklarını ifade ettikleri ve %72.5 (n=58)'inin almış oldukları bu eğitimin faydalı olduğunu düşündükleri görülmüştür.

Tablo 4. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Eğitimi Almalarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Eğitimi Alma Durumları	Sayı	%
Öğreniminiz sırasında çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim aldınız mı? n:94		
Evet	71	75.5
Hayır	23	24.5
Öğreniminiz sırasında aldığınız çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitimi faydalı buldunuz mu? n:71*		
Evet	47	66.2
Hayır	24	33.8
Mezuniyet sonrası çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim aldınız mı? n:94		
Evet	80	85.1
Hayır	14	14.9
Mezuniyet sonrası aldığınız çocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitimi faydalı buldunuz mu? n:80**		
Evet	58	72.5
Hayır	22	27.5

*Bu soruya öğrenimi sırasında çocuk ihmal ve istismarı hakkında eğitim alan katılımcılar yanıt vermiştir

**Bu soruya mezuniyet sonrası çocuk ihmal ve istismarı hakkında eğitim alan katılımcılar yanıt vermiştir.

Tablo 5’te katılımcıların çalışma yaşamlarında karşılaştıkları çocuk ihmal ve istismarı vakalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 5’e göre katılımcıların %75.5 (n=71)’i çalışma yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşmadıklarını, %24.5 (n=23)’i ise çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştığını ifade eden 23 katılımcıya kaç kez çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla çalıştıkları sorulduğunda %87.0 (n=20)’si 1-5, %8.07 (n=2)’si 6-10, %4.3 (n=1)’ü ise 11-25 vaka aralığında çalıştıklarını ifade etmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Karşılaştıkları Çocuk İhmal İstismarı Vakalarına İlişkin Bulgular

Değişken	n:94	Sayı	%
Çalışma yaşamınızda çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaştınız mı?			
Evet		23	24.5
Hayır		71	75.5
Çalışma yaşamınızda kaç kez çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaştınız? n: 23*			
1-5		20	87.0
6-10		2	8.07
11-25		1	4.3
26-50		0	0
50+		0	0

*Bu soruya meslek yaşamı boyunca çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşan katılımcılar yanıt vermiştir.

Çalışma yaşamlarında en az bir kez çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışmış katılımcılara çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandıklarına ilişkin yöneltilen soruda birden fazla seçenek işaretleme hakkı tanınmıştır. Bu nedenle cevaplar o yanıtı işaretleyenler için “evet” işaretlemeyenler için “hayır” şeklinde kategorize edilerek analiz edilmiştir. Tablo 6’da katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında öykü almada zorlanıp zorlanmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Tablo 6’da görüleceği gibi katılımcıların %52.2 (n=12)’si öykü alma aşamasında zorlandıklarını %47.8(n=11)’i ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Öykü Alma)

İş hayatınızda karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandınız? n:23	Sayı	%
Öykü alma		
Evet	12	52.2
Hayır	11	47.8

Tablo 7’de katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında fiziksel muayenede zorlanıp zorlanmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların

%17.4 (n=4)'ü fiziksel muayene aşamasında zorlandıklarını, %82.6 (n=19)'sı ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 7. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Fiziksel Muayene)

İş hayatınızda karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandınız? n:23	Sayı	%
Fiziksel muayene		
Evet	4	17.4
Hayır	19	82.6

Tablo 8'de katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında ruhsal muayenede zorlanıp zorlanmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %39.1 (n=9)'i ruhsal muayene aşamasında zorlandıklarını, %60.9 (n=14)'u ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 8. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Ruhsal Muayene)

İş hayatınızda karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandınız? n:23	Sayı	%
Ruhsal muayene		
Evet	9	39.1
Hayır	14	60.9

Tablo 9'da katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında ilgili kuruma rapor etmede zorlanıp zorlanmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Tablo 9'da görüldüğü gibi katılımcıların %34.8 (n=8)'ü ilgili kuruma rapor etme aşamasında zorlandıklarını, %65.2 (n=15)'si ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (İlgili Kuruma Rapor Etme)

İş hayatınızda karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandınız? n:23	Sayı	%
İlgili kuruma rapor etme		
Evet	8	34.8
Hayır	15	65.2

Tablo 10’da katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında yasal süreçte zorlanıp zorlanmadıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %43.5 (n=10)’i yasal süreçlerde zorlandıklarını, %56.5 (n=13)’i ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 10. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Yasal Süreç)

İş hayatınızda karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandınız? n:23	Sayı	%
Yasal süreç		
Evet	10	43.5
Hayır	13	56.5

Tablo 11’da çocuk ihmal ve istismarı vakalarında zorlanmadım yanıtını işaretleyen katılımcılara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre meslek hayatlarında en az bir kez çocuk ihmal istismarı ile çalıştığını ifade eden 23 katılımcıdan %13.0 (n=3)’ü ise herhangi bir aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 11. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakaları Karşısında Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular (Zorlanmadım)

İş hayatınızda karşılaştığınız çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandınız? n:23	Sayı	%
Zorlanmadım		
Evet	3	13.0
Hayır	20	87.0

Katılımcılara çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında hangi kuruma başvuracakları sorusu seçeneksiz bir şekilde katılımcıların kendilerinin yanıtlayacağı şekilde yöneltilmiş ve verilen cevaplar kategorize edilerek tespit edile kurumlar şu şekildedir: Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Emniyet Müdürlüğü/Polis, Savcılık, İl Sağlık Müdürlüğü, Diğer.

Tablo 12’de katılımcılardan çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’ne başvuruda bulunacağını

ifade eden katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %52.1 (n=49)'i Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü yanıtını verirken %47.9 (n=45)'u ise bu yanıtı seçmemiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsanız hangi kurumlara başvurursunuz?	Sayı	%
Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü		
Evet	49	52.1
Hayır	45	47.9

Tablo 13'de katılımcılardan çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında Emniyet Müdürlüğü'ne başvuruda bulunacağını ifade eden katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 13'de görüldüğü gibi katılımcıların %69.1 (n=65)'i Emniyet Müdürlüğü/Polis yanıtını verirken %30.9 (n=29)'u ise bu yanıtı seçmemiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Emniyet Müdürlüğü)

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsanız hangi kurumlara başvurursunuz?	Sayı	%
Emniyet Müdürlüğü/Polis		
Evet	65	69.1
Hayır	29	30.9

Tablo 14'te katılımcılardan çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında savcılığa başvuruda bulunacağını ifade eden katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre Katılımcıların %13.8 (n=13)'ü savcılık yanıtını verirken %86.2 (n=81)'si ise bu yanıtı seçmemiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Savcılık)

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsanız hangi kurumlara başvurursunuz? n:94	Sayı	%
Savcılık		
Evet	13	13.8
Hayır	81	86.2

Tablo 15'te katılımcılardan çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuruda bulunacağını ifade eden katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %38.3 (n=36)'ü İl Sağlık Müdürlüğü yanıtını verirken %61.7 (n=58)'si ise bu yanıtı seçmemiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (İl Sağlık Müdürlüğü)

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsanız hangi kurumlara başvurursunuz? n:94	Sayı	%
İl Sağlık Müdürlüğü		
Evet	36	38.3
Hayır	58	61.7

Tablo 16'da görüldüğü gibi katılımcılardan çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında katılımcıların %6.4 (n=6)'ü kategorize edilemeyecek şekilde farklı kurumlar/yönetici tercih etmişlerdir.

Tablo 16. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Diğer)

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsanız hangi kurumlara başvurursunuz? n:94	Sayı	%
Diğer		
Evet	6	6.4
Hayır	88	93.6

Tablo 17’de ise katılımcıların %12.8 (n=12)’i çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırlarsa hangi kuruma başvuracakları sorusuna bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 17. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası ile Karşılaştıklarında Başvuracakları Kurumlara İlişkin Bulgular (Bilmiyorum)

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırsanız hangi kurumlara başvurursunuz? n:94	Sayı	%
Bilmiyorum	12	12.8
Kurum belirtenler	82	87.2

Katılımcılara sağlık kuruluşlarında karşılaşılan çocuk ihmal ve istismarı vakalarının ilgili kurumlara bildirimini yapılıp yapılmadığı, nedenlerinin neler olabileceği sorulmuş ve katılımcılara birden fazla yanıt işaretleyebilecekleri ifade edilmiştir. Bu nedenle cevaplar o yanıtı işaretleyenler için “evet” işaretlemeyenler için “hayır” şeklinde kategorize edilerek analiz edilmiştir.

Tablo 18’de katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak “yetkili kurumların ilgilenmeyeceği düşüncesi” seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre Katılımcıların %21.3 (n=20)’si yetkili kurumların konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi yanıtını işaretlerken %78.7 (n=74)’si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Kurumların İlgilenmeyeceğini Düşünme)

Size çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Yetkili kurumların konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi		
Evet	20	21.3
Hayır	74	78.7

Tablo 19’da katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak “yasal süreçteki zorluk” seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre Katılımcıların

%55.3 (n=52)'ü yasal süreçteki zorluk yanıtını işaretlerken %44.7 (n=42)'si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Yasal Süreçteki Zorluk)

Sizce çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Yasal süreçteki zorluk		
Evet	52	55.3
Hayır	42	44.7

Tablo 20'de katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak "bildirim yapılması durumunda çocuğun daha kötü bir durumla karşılaşabileceği endişesi" seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %46.8 (n=44)'i bildirim yapılması halinde çocuğun daha kötü etkileneceği düşüncesi yanıtını işaretlerken %53.2 (n=50)'si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Çocuğun Daha Kötü Etkilenmesi)

Sizce çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Bildirim yapılması durumunda çocuğu daha kötü bir durumla karşılaşabileceği düşüncesi		
Evet	44	46.8
Hayır	50	53.2

Tablo 21'de katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak "konuya ilişkin yetersiz kanıt" seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %50.0 (n=47)'si ihmal ve istismara ilişkin yetersiz kanıt bulunması yanıtını işaretlerken %50.0 (n=47)'si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Yetersiz Kanıt)

Sizece çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
İhmal ve istismara ilişkin yetersiz kanıt bulunması		
Evet	47	50.0
Hayır	47	50.0

Tablo 22’de katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak “her ailede benzer olaylar olabilir düşüncesi” seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %5.3 (n=5)’ü her ailede benzer olaylar olabilir düşüncesi yanıtını işaretlerken %94.7 (n=89)’si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Her Ailede Benzer Durumlar Yaşanabilir)

Sizece çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Her ailede benzer olaylar olabilir düşüncesi.		
Evet	5	5.3
Hayır	89	94.7

Tablo 23’te katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak “bildirim yapılması durumunda çocuğun ailesinin tepkisini çekeceği düşüncesi” seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %48.9 (n=46)’si bildirim sonrası ailenin çocuğun ailesini tepkisini çekebileceği yanıtını işaretlerken %51.1 (n=48)’si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Bildirim Sonrası Çocuğun Ailesinin Tepkisini Çekebileceği)

Sizce çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Bildirim sonrasında çocuğun ailesinin tepkisini çekeceği düşüncesi		
Evet	46	48.9
Hayır	48	51.1

Tablo 24’te katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak “bildirimin nasıl yapılacağını bilmeme” seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %24.5 (n=23)’i bildirimin nasıl yapılacağını bilmeme yanıtını işaretlerken %75.5 (n=71)’si ise bu yanıtı işaretlememiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Bildirim Yöntemlerini Bilmeme)

Sizce çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Bildirimin nasıl yapılacağını bilmeme		
Evet	23	24.5
Hayır	71	75.5

Tablo 25’te katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni olarak “diğer” seçeneğini işaretleyen katılımcılara ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre Katılımcıların %11.7 (n=11)’si diğer yanıtını işaretlemiş ancak konuya ilişkin görüşlerini anket formunda belirtmemişlerdir.

Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında İlgili Kurumlara Bildirim Yapılmama Nedenlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular (Diğer)

Sizece çocuk ihmal ve istismarı şüphesi olan vakaların ilgili makamlara bildirilmeme nedeni nedir? n:94	Sayı	%
Diğer		
Evet	11	11.7
Hayır	83	88.3

Tablo 26’da ÇİİBRTYÖ ve alt boyut puanlarına ait istatistik bulguları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların ölçekten aldıkları genel puan ortalamasının 3.86 ± 0.30 olduğu görülmektedir. Katılımcıların ölçeğin ihmal ve istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri boyutundan aldıkları puan ortalamasının 4.07 ± 0.34 olduğu, ihmal belirtileri alt boyutu ortalama puanlarının 4.06 ± 0.58 , ihmal ve istismarda çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutu ortalama puanlarının 3.98 ± 0.37 , ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda 3.46 ± 0.48 , ihmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyutunda 3.52 ± 0.56 ve çocuk ihmal istismarında ailesel özellikler alt boyutunda puan ortalamalarının 3.78 ± 0.54 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 26. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Ait İstatistik Bulguları

Ölçeğin Alt Boyutları	N	Min.	Max.	X	SS
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	94	3.16	4.84	4.07	0.34
İhmal Belirtileri	94	2.71	5.00	4.06	0.58
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	94	2.93	4.73	3.98	0.37
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	94	1.83	4.67	3.46	0.48
İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	94	2.33	5.00	3.52	0.56
Çocuk İhmal ve İstismarında Ailesel Özellikler	94	2.50	5.00	3.78	0.54
Genel Toplam	94	3.06	4.70	3.86	0.30

Tablo 28’de katılımcıların sahip oldukları mesleklere göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için bağımsız örneklemeler için t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların meslekleri ve ölçek alt boyutlarından sadece ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda ($t=-2.20$, $p<0.05$) düzeyinde anlamlılık tespit edilmiştir. Aile hekimi olan katılımcıların ölçek alt boyutu puan ortalaması 3.58 ± 0.41 ve aile sağlığı elemanı olan katılımcıların 3.36 ± 0.51 puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre aile hekimi olan katılımcıların ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda bilgi düzeylerinin aile sağlığı elemanı olan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu söylenebilir. Yapılan analiz sonucu diğer alt boyutlarda ise anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tablo 28. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Mesleklerine Göre Farklaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek Alt Boyutları	Meslek	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	A.Hekimi	39	4.10	0.37	92	0.77	.438
	ASE	55	4.05	0.31			
İB**	A.Hekimi	39	4.13	0.57	92	0.91	.363
	ASE	55	4.02	0.59			
İİÇDB***	A.Hekimi	39	3.99	0.41	92	0.27	.787
	ASE	55	3.97	0.34			
İİYEÖ****	A.Hekimi	39	3.58	0.41	92	2.20	.030*
	ASE	55	3.36	0.51			
İİYÇÖ*****	A.Hekimi	39	3.60	0.52	92	1.10	.271
	ASE	55	3.47	0.58			
ÇİİAÖ*****	A.Hekimi	39	3.85	0.49	92	1.00	.316
	ASE	55	3.73	0.57			
Genel	A.Hekimi	39	3.91	0.31	92	1.51	.133
Ortalama	ASE	55	3.82	0.29			

*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri

** İhmal Belirtileri

***İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri

****İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri

*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri

*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler

Katılımcıların mezuniyet sonrası çocuk ihmal ve istismarına yönelik eğitim alma durumlarının ölçek alt boyutlarından sadece ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri alt boyutunda ($t=2.243, p<0.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Mezuniyet sonrası konu hakkında eğitim alan katılımcıların puan ortalamalarının 4.08 ± 3.76 olduğu, eğitim almayan katılımcıların ise 3.76 ± 0.39 olduğu tespit edilmiştir. Buna göre çocuk ihmal ve istismarına yönelik mezuniyet sonrası eğitim alan katılımcıların ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri alt boyutunda eğitim almayanlara göre daha fazla bilgi sahibi oldukları ifade edilebilir.

Tablo 30. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Mezuniyet Sonrasında Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Farklaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek Alt Boyutları	Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	80	4.05	0.34	92	-1.49	.137
	Hayır	14	4.19	0.27			
İB**	Evet	80	4.08	0.56	92	.623	.535
	Hayır	14	3.97	0.72			
İİÇDB***	Evet	80	4.08	0.35	92	2.43	.017
	Hayır	14	3.76	0.39			
İİYEÖ****	Evet	80	3.46	0.47	92	.121	.904
	Hayır	14	3.44	0.57			
İİYÇÖ*****	Evet	80	3.53	0.55	92	.448	.655
	Hayır	14	3.46	0.63			
ÇİİAÖ*****	Evet	80	3.78	0.53	92	.135	.893
	Hayır	14	3.76	0.61			
Genel	Evet	80	3.86	0.30	92	.437	.663
Ortalama	Hayır	14	3.82	0.33			

*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri

** İhmal Belirtileri

***İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri

****İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri

*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri

*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler

Tablo 31’de katılımcıların çalışma yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşmış olma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için bağımsız örneklem için t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların çalışma yaşamında çocuk ihmal istismarı vakasıyla karşılaşma durumlarının ihmal istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri alt boyutunda ($t=3.72$, $p<0.01$) düzeyinde anlamlı şekilde farklılaştığı, ihmal belirtileri alt boyutunda ($t=2.44$, $p<0.05$) düzeyinde, ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda ($t=2.93$, $p<0.01$) düzeyinde ve ölçek genel puan ortalamasında ($t=3.41$, $p<0.01$) düzeyinde anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir.

İhmal istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri alt boyutunda ihmal istismar vakasıyla karşılaşan katılımcıların puan ortalamaları 4.29 ± 0.28 , karşılaşmayan katılımcıların puan ortalamaları 4.00 ± 0.31 ’dir. Buna göre çocuk ihmal istismarı vakasıyla karşılaşan katılımcıların İhmal istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri konusundaki bilgi düzeyleri vaka ile karşılaşmayanlara göre daha yüksektir.

İhmal belirtileri alt boyutunda ihmal istismar vakasıyla karşılaşan katılımcıların puan ortalamaları 4.32 ± 0.55 , karşılaşmayan katılımcıların puan ortalamaları 3.98 ± 0.55 ’dir. Buna göre çocuk ihmal istismarı vakasıyla karşılaşan katılımcıların ihmal belirtileri konusundaki bilgi düzeyleri vaka ile karşılaşmayanlara göre daha yüksektir.

İhmal istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda çocuk ihmal istismar vakasıyla karşılaşan katılımcıların puan ortalamaları 3.73 ± 0.47 , karşılaşmayan katılımcıların puan ortalamaları 3.38 ± 0.46 ’dır. Buna göre çocuk ihmal istismarı vakasıyla karşılaşan katılımcıların ihmal istismara yatkın ebeveyn özellikleri konusundaki bilgi düzeyleri vaka ile karşılaşmayanlara göre daha yüksektir.

ÇİİBRTYÖ genel puan ortalamasında ise çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşan katılımcıların puan ortalamaları 4.04 ± 0.27 , karşılaşmayan katılımcıların puan ortalamaları 3.80 ± 0.29 ’dur. Buna göre çocuk ihmal istismarı vakasıyla

karşılaşan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanıma konusundaki bilgi düzeyleri vaka ile karşılaşmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 31. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çalışma Yaşamlarında Çocuk İhmal ve İstismarı Vakasıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek Alt Boyutları	Çiiv Karşılaşma	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	23	4.29	0.28	92	3.72	.000
	Hayır	71	4.00	0.31			
İB**	Evet	23	4.32	0.55	92	2.44	.016
	Hayır	71	3.98	0.57			
İİÇDB***	Evet	23	4.09	0.31	92	1.63	.106
	Hayır	71	3.95	0.38			
İİYEÖ****	Evet	23	3.73	0.47	92	2.93	.004
	Hayır	71	3.38	0.46			
İİYÇÖ*****	Evet	23	3.62	0.57	92	.949	.345
	Hayır	71	3.49	0.55			
ÇİİAÖ*****	Evet	23	3.90	0.45	92	1.24	.216
	Hayır	71	3.74	0.56			
Genel	Evet	23	4.04	0.27	92	3.41	.001
Ortalama	Hayır	71	3.80	0.29			

*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri

** İhmal Belirtileri

***İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri

****İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri

*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri

*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler

Tablo 32’de Katılımcıların yaşlarının ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığını incelemek amacıyla One Way Anova analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların yaşlarının ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir farklılaşmaya neden olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 32. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Yaşlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
İİÇÜFB*	Gruplar arası	,414	3	,138	1,185	,320
	Gruplar içi	10,480	90	,116		
	Toplam	10,894	93			
İB**	Gruplar arası	,442	3	,147	,421	,738
	Gruplar içi	31,507	90	,350		
	Toplam	31,949	93			
İİÇÜDB***	Gruplar arası	,124	3	,041	,287	,835
	Gruplar içi	12,924	90	,144		
	Toplam	13,048	93			
İİYEÖ****	Gruplar arası	,034	3	,011	,047	,987
	Gruplar içi	22,073	90	,245		
	Toplam	22,107	93			
İİYÇÖ*****	Gruplar arası	,656	3	,219	,688	,562
	Gruplar içi	28,638	90	,318		
	Toplam	29,295	93			
ÇİİAÖ*****	Gruplar arası	1,085	3	,362	1,249	,297
	Gruplar içi	26,059	90	,290		
	Toplam	27,144	93			
Genel Ortalama	Gruplar arası	,059	3	,020	,203	,894
	Gruplar içi	8,735	90	,097		
	Toplam	8,794	93			
*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri			** İhmal Belirtileri			
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri			*İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri			
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri			*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler			

Tablo 33’de katılımcıların eğitim durumlarının ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığını incelemek amacıyla One Way Anova analizi yapılmıştır. Buna göre eğitim durumunun sadece çocuk ihmal ve istismarında ailesel özellikler alt boyutunda (F=2.90, p<0.05) düzeyinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 33. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
İİÇÜFB*	Gruplar arası	,264	3	,088	,746	,527
	Gruplar içi	10,629	90	,118		
	Toplam	10,894	93			
İB**	Gruplar arası	1,410	3	,470	1,38	,252
	Gruplar içi	30,539	90	,339		
	Toplam	31,949	93			
İİÇÜDB***	Gruplar arası	,318	3	,106	,748	,526
	Gruplar içi	12,730	90	,141		
	Toplam	13,048	93			
İİYEÖ****	Gruplar arası	1,756	3	,585	2,58	,058
	Gruplar içi	20,351	90	,226		
	Toplam	22,107	93			
İİYÇÖ*****	Gruplar arası	1,005	3	,335	1,06	,368
	Gruplar içi	28,289	90	,314		
	Toplam	29,295	93			
ÇİİAÖ*****	Gruplar arası	2,395	3	,798	2,90	,039
	Gruplar içi	24,750	90	,275		
	Toplam	27,144	93			
Genel Ortalama	Gruplar arası	,531	3	,177	1,92	,131
	Gruplar içi	8,263	90	,092		
	Toplam	8,794	93			

*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri

** İhmal Belirtileri

***İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri

****İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri

*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri

*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler

Tablo 34'te farklılaşmanın görüldüğü çocuk ihmal ve istismarında ailesel özellikler alt boyutunun eğitim düzeylerindeki betimsel bulgularına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre lise mezunu katılımcıların ortalama puanlarının 3.67 ± 0.51 , ön lisans mezunu katılımcıların 3.52 ± 0.59 , lisans mezunu katılımcıların 3.77 ± 0.52 ve yüksek lisans/doktora mezunu katılımcıların 4.06 ± 0.48 olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler Alt Boyutu ve Katılımcıların Eğitim Düzeyine İlişkin Betimsel Bulgular

Ölçek	Eğitim	N	\bar{x}	SS
ÇİİAÖ*	Lise	16	3,67	,51
	Ön Lisans	11	3,52	,59
	Lisans	49	3,77	,52
	Yüksek	18	4,06	,48
	Lisans/Doktora			

*Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler

Tablo 35’te farklılaşmanın hangi eğitim düzeylerinde olduğunu tespit etmek için post hoc analizi yapılmıştır. Buna göre yüksek lisans/doktora ve lise, yüksek lisans/doktora ve ön lisans, yüksek lisans/doktora ve lisans arasından anlamlı bir fark olduğu, bu farkında eğitim seviyesi arttıkça çocuk ihmal ve istismarında ailesel özellikler alt boyutunda daha fazla bilgi sahibi olma yönünde olduğu söylenebilir.

Tablo 35. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Post Hoc Analizi

Eğitim	Ortalamalar Farkı	p	
Lise	.389	.033	
Yüksek Lisans/Doktora	Ön lisans	.546	.008
	Lisans	.293	.045

Tablo 36’te katılımcıların çalışma sürelerinin ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olup olmadığını incelemek amacıyla One Way Anova analizi yapılmıştır. Bu analize göre çalışma süresinin ölçek ve ölçek alt boyutlarında bir farklılaşmaya yol açmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 36. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
İİÇÜFB*	Gruplar arası	,422	2	,211	1,834	,166
	Gruplar içi	10,472	91	,115		
	Toplam	10,894	93			

İB**	Gruplar arası	,211	2	,106	,303	,739
	Gruplar içi	31,737	91	,349		
	Toplam	31,949	93			
İİÇÜDB***	Gruplar arası	,021	2	,011	,074	,929
	Gruplar içi	13,027	91	,143		
	Toplam	13,048	93			
İİYEÖ****	Gruplar arası	,308	2	,154	,644	,528
	Gruplar içi	21,799	91	,240		
	Toplam	22,107	93			
İİYÇÖ*****	Gruplar arası	,217	2	,109	,340	,713
	Gruplar içi	29,077	91	,320		
	Toplam	29,295	93			
ÇİİAÖ*****	Gruplar arası	,943	2	,471	1,637	,200
	Gruplar içi	26,202	91	,288		
	Toplam	27,144	93			
Genel Ortalama	Gruplar arası	,098	2	,049	,514	,600
	Gruplar içi	8,696	91	,096		
	Toplam	8,794	93			
*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri			** İhmal Belirtileri			
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri			*İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri			
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri			*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler			

Tablo 37’de çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan ve öykü alma aşamasında zorlanan katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarındaki farklılaşma incelenmiştir. Buna göre katılımcıların öykü alma aşamasında zorlanmalarının ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 37. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Öykü Alma)

Ölçek Alt Boyutları	Öykü Alma	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	11	4.33	0.27	21	.627	.538
	Hayır	12	4.25	0.30			
İB**	Evet	11	4.33	0.49	21	.119	.906
	Hayır	12	4.30	0.62			
İİÇDB***	Evet	11	4.41	0.23	21	1.25	.223
	Hayır	12	4.01	0.37			

İİYEÖ****	Evet	11	3.74	0.44	21	.307	.761
	Hayır	12	3.68	0.51			
İİYÇÖ*****	Evet	11	3.59	0.50	21	-.254	.802
	Hayır	12	3.65	0.64			
ÇİİAÖ*****	Evet	11	3.98	0.54	21	.813	.425
	Hayır	12	3.83	0.36			
Genel	Evet	11	4.08	0.25	21	.746	.464
Ortalama	Hayır	12	4.00	0.29			
*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri				** İhmal Belirtileri			
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri				*İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri			
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri				*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler			

Tablo 38’de çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan ve fiziksel muayene aşamasında zorlanan katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarındaki farklılaşma incelenmiştir. Buna göre katılımcıların fiziksel muayene aşamasında zorlanmalarının ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 38. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Fiziksel Muayene)

Ölçek Alt Boyutları	Fiziksel Muayene	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	11	4.26	0.29	21	-1.12	.279
	Hayır	12	4.43	0.21			
İB**	Evet	11	4.36	0.54	21	.710	.486
	Hayır	12	4.14	0.60			
İİÇDB***	Evet	11	4.11	0.33	21	.536	.598
	Hayır	12	4.01	0.26			
İİYEÖ****	Evet	11	3.72	0.51	21	.389	.701
	Hayır	12	3.62	0.14			
İİYÇÖ*****	Evet	11	3.65	0.60	21	.626	.538
	Hayır	12	3.45	0.36			
ÇİİAÖ*****	Evet	11	3.92	0.49	21	.452	.656
	Hayır	12	3.81	0.23			

Genel	Evet	11	4.04	0.28	21	.295	.771
Ortalama	Hayır	12	4.00	0.19			
*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri				** İhmal Belirtileri			
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri				*İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri			
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri				*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler			

Tablo 39’da çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan ve ruhsal muayene aşamasında zorlanan katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarındaki farklılaşma incelenmiştir. Buna göre katılımcıların ruhsal muayene aşamasında zorlanmalarının ÇİİBRTÖ üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 39. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Ruhsal Muayene)

Ölçek Alt Boyutları	Ruhsal Muayene	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	11	4.25	0.34	21	-.725	.477
	Hayır	12	4.34	0.16			
İB**	Evet	11	4.48	0.57	21	1.27	.217
	Hayır	12	4.14	0.48			
İİÇDB***	Evet	11	4.11	0.36	21	.431	.671
	Hayır	12	4.05	0.23			
İİYEÖ****	Evet	11	3.67	0.58	21	-.467	.645
	Hayır	12	3.76	0.21			
İİYÇÖ*****	Evet	11	3.75	0.67	21	1.35	.191
	Hayır	12	3.42	0.29			
ÇİİAÖ*****	Evet	11	3.91	0.47	21	.155	.878
	Hayır	12	3.88	0.44			
Genel	Evet	11	4.05	0.33	21	.291	.774
Ortalama	Hayır	12	4.01	0.15			
*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri				** İhmal Belirtileri			
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri				*İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri			
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri				*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler			

Tablo 40’da çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan ve ilgili kuruma rapor etme aşamasında zorlanan katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarındaki farklılaşma incelenmiştir. Buna göre katılımcıların ilgili kuruma rapor etme aşamasında zorlanmalarının ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 40. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (İlgili Kuruma Rapor Etme)

Ölçek Alt Boyutları	Rapor Etme	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	11	4.31	0.23	21	.651	.522
	Hayır	12	4.23	0.37			
İB**	Evet	11	4.22	0.59	21	-1.13	.271
	Hayır	12	4.50	0.44			
İİÇDB***	Evet	11	4.03	0.32	21	-1.25	.224
	Hayır	12	4.20	0.28			
İİYEÖ****	Evet	11	3.66	0.52	21	-.674	.508
	Hayır	12	3.80	0.36			
İİYÇÖ*****	Evet	11	3.48	0.44	21	-1.59	.125
	Hayır	12	3.87	0.71			
ÇİİAÖ*****	Evet	11	3.97	0.50	21	.973	.342
	Hayır	12	3.78	0.34			
Genel	Evet	11	4.01	0.25	21	-.667	.512
Ortalama	Hayır	12	4.09	0.25			

*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri

** İhmal Belirtileri

***İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri

****İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri

*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri

*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikle

Tablo 41’da çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan ve yasal süreç aşamasında zorlanan katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarındaki farklılaşma incelenmiştir. Buna göre katılımcıların yasal süreç aşamasında zorlanmalarının ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 41. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular (Yasal Süreç)

Ölçek Alt Boyutları	Yasal Süreç	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	11	4.28	0.26	21	-.135	.894
	Hayır	12	4.30	0.32			
İB**	Evet	11	4.40	0.61	21	.822	.420
	Hayır	12	4.21	0.45			
İİÇDB***	Evet	11	4.07	0.38	21	-.314	.756
	Hayır	12	4.12	0.22			
İİYEÖ****	Evet	11	3.64	0.58	21	-.794	.436
	Hayır	12	3.80	0.27			
İİYÇÖ*****	Evet	11	3.66	0.69	21	.408	.687
	Hayır	12	3.56	0.38			
ÇİİAÖ*****	Evet	11	3.94	0.48	21	.410	.686
	Hayır	12	3.86	0.43			
Genel	Evet	11	4.03	0.32	21	-.036	.971
Ortalama	Hayır	12	4.04	0.20			

*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri ** İhmal Belirtileri
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri *İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri *****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler

Tablo 42’de çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan zorlanmadığını belirten katılımcıların ÇİİBRTYÖ puanlarındaki farklılaşma incelenmiştir. Buna göre katılımcıların çocuk ihmal istismarı vakalarında zorlanıp zorlanmamalarının ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Tablo 42. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Katılımcıların Çocuk İhmal İstismarında Zorlandıkları Durumlara Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Ölçek Alt Boyutları	Zorlanmadım	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
İİÇFB*	Evet	11	4.26	0.29	21	-1.32	.119
	Hayır	12	4.49	0.16			
İB**	Evet	11	4.30	0.54	21	-.507	.618
	Hayır	12	4.47	0.67			

İİÇDB***	Evet	11	4.09	0.34	21	.038	.970
	Hayır	12	4.08	0.03			
İİYEÖ****	Evet	11	3.72	0.47	21	.382	.706
	Hayır	12	3.61	0.53			
İİYÇÖ*****	Evet	11	3.62	0.57	21	.038	.970
	Hayır	12	3.61	0.63			
ÇİİAÖ*****	Evet	11	3.94	0.47	21	.985	.336
	Hayır	12	3.66	0.07			
Genel	Evet	11	4.03	0.28	21	-.159	.875
Ortalama	Hayır	12	4.06	0.21			
*İhmal İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri				** İhmal Belirtileri			
İhmal İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri				*İhmal İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri			
*****İhmal İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri				*****Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler			

Tablo 43'te ÇİİBRTYÖ'nin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Bu nedenle Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre ÇİİBRTYÖ' ihmal ve istismarda çocuktaki fiziksel belirtiler alt boyutunun ihmal istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyutu dışında tüm alt boyutlar ile ($p<0.01$) düzeyinde pozitif anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

İhmal ve istismarda çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutunun çocuk ihmal istismarında ailesel özellikler alt boyutu dışında tüm alt boyutlar ile ($p<0.01$) düzeyinde anlamlı pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir.

İhmal belirtileri alt boyutunun çocuk ihmal istismarında ailesel özellikler alt boyutu ile ($p<0.05$) düzeyinde anlamlı pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu, diğer tüm alt boyutlar ile ($p<0.01$) düzeyinde anlamlı pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. İhmal ve istismara yatkın ebeveyn alt boyutunun tüm alt boyutlar ile ($p<0.01$) düzeyinde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir.

İhmal ve istismara yatkın çocukların özellikleri alt boyutunun ise ihmal ve istismarda çocuktaki fiziksel belirtiler ile çocuk ihmal istismarında ailesel özellikler alt boyutları dışında tüm alt boyutlar ile ($p<0.01$) düzeyinde anlamlı pozitif yönde bir ilişkiye sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 43. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Alt Boyutlarının Kendi Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

Ölçek Alt Boyutları		İİÇDB	İB	İİYEÖ	İİYÇÖ	ÇİİAÖ
İhmal İstismarda Çocuktaki Fiziksel Belirtiler	r	,466	,327	,514	-,018	,462
	p	,000**	,001**	,000**	,865	,000**
İhmal İstismarda Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	r		,422	,441	,283	,154
	p		,000**	,000**	,006**	,138
İhmal Belirtileri	r			,563	,341	,226
	p			,000**	,001**	,028*
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	r				,343	,521
	p				,001**	,000**
İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri	r					,098
	p					,347

ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarının çalışmamıza ait güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach α değerleri Tablo 44'te verilmiştir. Buna göre çalışmamızda ÇİİBRTYÖ Cronbach α değeri .740 olarak bulunmuştur. İhmal ve İstismarda Çocuktaki Fiziksel Belirtiler alt boyutu .790, İhmal Belirtileri .782, İhmal e İstismarda Çocuktaki Davranışsal Belirtiler .788, İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri .743, İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri .831 ve son olarak Çocuk İhmal İstismarında Ailesel Özellikler alt boyutu Cronbach α değeri .808 olarak bulunmuştur. Ortaya çıkan sonuçlara göre ölçek kabul edilebilir güvenilirlik aralığında bulunmuştur.

Tablo 44. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Güvenirlik (Cronbach α) Değerlerinin Dağılımı

Alt Ölçek/Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach α Katsayısı
İhmal İstismarda Çocuktaki Fiziksel Belirtiler	19	,790
İhmal Belirtileri	7	,782
İhmal İstismarda Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	15	,788
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	12	,743
İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri	6	,831
Çocuk İhmal ve İstismarında Ailesel Özellikler	8	,808
Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği	67	,740

4.TARTIŞMA

Bu Tez sağlık çalışanlarının ocuk ihmal ve istismarı konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin saptanması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tez'de hekimler ile aile sağlığı elemanları arasında ocuk ihmal ve istismarı farkındalığı hususunda bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda Tez 39 aile hekimi, 55 aile sağlığı elamanı olmak üzere toplam 94 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür.

Kadın katılımcıların 68, erkek katılımcıların 26 kişi olduğu çalışmada katılımcıların yaş aralıkları en yüksek oranla (%40) 40-48 aralığında ikinci olarak ise (%23) 49 yaş ve üzeri aralıktaki olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğunun (%81) evli ve ocuk sahibi olduğu görülmüştür. Aşçı ve ark.(2015), Altın (2021) gibi benzer çalışmalarda da katılımcıların daha yüksek oranda evli olduğu görülmektedir. Bu durum yaygın kabul görmüş toplumsal yapı içinde eğitimini tamamlayarak çalışma hayatına atılan pek çok kişinin evlilik sürecini de tamamlamasıyla ilgilidir.

Çalışmamıza katılım sağlayan sağlık çalışanlarının en yüksek oranla (%52.1) lisans mezunu oldukları görülmekle beraber mesleğe yeni başlayanlar ve uzun süredir devam edenler arasında yakın bir oran olduğu da görülmektedir. Buna göre çalışma süresi 1-13 yıl arasında olan katılımcı oranı %31.9, çalışma süresi 14-26 yıl olan katılımcı oranı %39.4 ve 27 yıl ve üzeri olan katılımcı oranı %28.7 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan benzer örneklem grubunda yürütülen çalışmalarda da katılımcıların büyük oranda lisans mezunu oldukları görülmektedir (Taşdelen Bahar, 2008; Altın, 2021).

ğrenimleri esnasında ocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim aldıklarını ifade eden katılımcılar %75.5 (n=71) iken eğitim alanların %66.2 (n=47)'si almış oldukları eğitimin faydalı olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Katılımcıların %85.1 (n=80)'i mezuniyet sonrası ocuk ihmal ve istismarına ilişkin eğitim aldıklarını ifade ettikleri ve %72.5 (n=58)'inin almış oldukları bu eğitimin faydalı olduğunu düşündükleri görülmüştür. Erol (2018) yılında yaptığı bir çalışmada benzer biçimde asistan hekimlerin %68,9'unun, uzman ocuk hekimlerininse %44,3'ünün mezuniyet öncesinde ocuk ihmal istismarına ilişkin eğitim aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Konuya ilişkin kadın hekimler ile çalışma yürüten Kılıç

Çüçen(2021) de katılımcıların %53'ünün öğrenim esnasında ve mezuniyet sonrasında eğitim aldıkları sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamız bu açıdan literatür ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu %75.5 oranla (n=71) çalışma yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışma yaşamları boyunca en az bir kez çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşana 23 katılımcı ise en yüksek oran olarak %87 (n=20) ile 1-5 arası vaka ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamız bu yönü ile literatür ile uyumsuzluk göstermektedir. Kocaer (2006) tarafından hekimler ile yapılan bir çalışmada %52.8'inin çalışma yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıkları görülmektedir. Kılıç Çüçen (2021) tarafından yapılan çalışmada ise kadın hekimlerin % 69.3'ünün meslek yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızın literatür ile çelişmesindeki en önemli etkinin çalışmanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiş olması olabilir. Tekirdağ ilinde çocuk ihmal istismarı vakalarının önemli bir kısmını 18 yaş altı gebelik vakaları oluşturmaktadır. Bu vakalar genellikle ikinci basamak sağlık kuruluşlarında tespit edildiği için birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları bu tür vakaların ilk tespitini gerçekleştirmemektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yenidoğan kontrolleri yapılmasına bağlı genel olarak çocuk ihmal istismarı hususunda bebeklere ilişkin vakaların tespiti daha çok birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır. Ancak bebek ihmal istismarı vakası Tekirdağ ilinde sayıca daha az görüldüğünden çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmı çocuk ihmal istismarı ile karşılaşmamış olabilir.

Çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştığını ifade eden katılımcılara çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi aşamada zorlandıklarına ilişkin yöneltilen soruda birden fazla seçenek işaretleme hakkı tanınmıştır. Bu nedenle cevaplar o yanıtı işaretleyenler için “evet” işaretlemeyenler için “hayır” şeklinde kategorize edilerek analiz edilmiştir. Katılımcıların %52.2 (n=12)'si öykü alma aşamasında zorlandıklarını %47.8(n=11)'i ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %39.1 (n=9)'i ruhsal muayene aşamasında zorlandıklarını, %60.9 (n=14)'u ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %43.5

(n=10)'i yasal süreçlerde zorlandıklarını, %56.5 (n=13)'i ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %34.8 (n=8)'ü ilgili kuruma rapor etme aşamasında zorlandıklarını, %65.2 (n=15)'si ise bu aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %17.4 (n=4)'ü fiziksel muayene aşamasında zorlandıklarını, %82.6 (n=19)'sı ise bu aşamada zorlanmadıklarını ve son olarak çocuk ihmal istismarı ile çalıştığını ifade eden 23 katılımcıdan %13.0 (n=3)'ü ise herhangi bir aşamada zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Buna göre katılımcıların en çok öykü alma aşamasında zorlandıkları sonrasında ise sırasıyla ruhsal muayene, yasal süreçler ve ilgili kuruma rapor etme aşamalarında zorlandıkları görülmektedir. Bununla birlikte katılımcıların en az zorlandıkları aşamanın fiziki muayene olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda katılımcıların fiziki muayene esnasında tıbbi bilgileri ile işlem yaptıkları ve bir çocuk ihmal istismarı vakasında tıbbi işlemleri uygularken daha az zorlandıkları ancak çocuk ile ilk iletişimin kurulduğu öykü alma, ruhsal muayene aşamalarında ve çocuk ihmal istismarı konusunda yasal gereklilikler hususunda daha fazla zorlandıkları yorumunda bulunulabilir. İlgili literatür incelendiğinde Erol(2018) tarafından hekimler ile yapılan bir çalışmada en çok yasal süreçlerde sonrasında ise öykü alma aşamasında zorlanıldığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar ve araştırma sonuçlarımız incelendiğinde bulgularımız literatür ile büyük ölçüde eşleşmektedir. Türker (2017) tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin en çok yasal süreçlerde zorlandığı görülürken hemşire ve ebelerin en çok öykü alma aşamasına zorlandıkları görülmüştür. Uluslararası literatürde yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılan çocuk hastalıkları uzmanlarının %92'si çocuk ihmal istismarı ile çalışırken yasal süreçlerde zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılara çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında hangi kuruma başvuracakları sorusu açık uçlu bir şekilde yöneltilmiş ve verilen cevaplar kategorize edilerek tespit edilen kurumlar şu şekildedir: katılımcıların %52.1 (n=49)'i Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü yanıtını verirken %47.9 (n=45)'u ise bu yanıtı seçmemiştir, %69.1 (n=65)'i Emniyet Müdürlüğü/Polis yanıtını verirken %30.9 (n=29)'u ise bu yanıtı seçmemiştir. Katılımcıların %13.8 (n=13)'ü Savcılık yanıtını verirken %86.2 (n=81)'si ise bu yanıtı seçmemiştir. Katılımcıların %38.3

(n=36)'ü İl Sağlık Müdürlüğü yanıtını verirken %61.7 (n=58)'si ise bu yanıtı seçmemiştir ve son olarak katılımcıların %12.8 (n=12)'i çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşırlarsa hangi kuruma başvuracakları sorusuna bilmiyorum yanıtını vermiştir. Buna göre katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında ilk olarak polise bilgi verecekleri sonrasında ise sosyal hizmet kuruluşlarına bildirim yapacakları yorumu yapılabilir. Geçmiş yıllarda ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda sosyal hizmet kuruluşlarına bildirim yapacağını ifade eden hekim, hemşire sayısı daha az iken çalışmamızda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Kara (2010) tarafından yürütülen bir çalışmada katılımcıların %30.4'ü çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaştıklarında sosyal hizmet kuruluşlarına bilgi vereceklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda sosyal hizmet kuruluşlarına bildirim oranının daha yüksek olmasının son yıllarda sosyal hizmet kuruluşlarının çocuk ihmal istismarı konusunda daha fazla ön plana çıkması ve toplum tarafından bu konuda görünürlüğünün daha fazla artması ile yorumlanabilir. Canbaz ve ark.(2005) tarafından pratisyen hekimler ile yapılan bir çalışmada hekimlerin çocuk ihmal istismarı vakalarında %60, adli rapor tutma, %50 Cumhuriyet Savcılığı'na bildirim, %40 Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, %20 polise bildirim şeklinde sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Erol (2018) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %80.3'ünün adli rapor tutma, %32.8'inin polise haber verme, %24'ünün Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne rapor yazma, %6.6'sının ise Cumhuriyet Savcılığı'na bildirim ve %1.1 olarak da sosyal hizmet uzmanına yönlendirme yanıtı verdikleri görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar ve araştırmamızın sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının çocuk ihmal istismarı vakalarında hangi kuruma bildirim yapacakları hususunda farklı tercihlerde buldukları ve konu hakkında doğru bilgiye tam olarak sahip olmadıkları söylenebilir. Ülkemizde çocuk ihmal ve istismarı vakalarında hangi adımların uygulanacağı 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda yer almaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda farklı sonuçların elde edilmesi çocuk ihmal ve istismarı bildirim yükümlülükleri ve bildirim süreci hakkında sağlık çalışanlarının yeterli bilgiye sahip olmadıkları yönünde değerlendirilebilir. İsrail'de Shor (1998)'in yaptığı bir çalışmada ise hekimlerin çocuk ihmal istismarı vakalarında polisten önce sosyal hizmet kuruluşlarına bildirim yapmayı tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Bu durum ülkelerde sosyal hizmet sisteminin gelişimi hakkındaki farklılığın da görülmesini sağlamaktadır.

Katılımcılara sağlık kuruluşlarında karşılaşılan çocuk ihmal ve istismarı vakalarının ilgili kurumlara bildirimini yapılmama nedenlerinin neler olabileceği sorulmuş ve katılımcılara birden fazla yanıt işaretleyebilecekleri ifade edilmiştir. Bu nedenle cevaplar o yanıtı işaretleyenler için “evet” işaretlemeyenler için “hayır” şeklinde kategorize edilerek analiz edilmiştir. Katılımcıların %21.3 (n=20)’si yetkili kurumların konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi yanıtını işaretlerken %78.7 (n=74)’si ise bu yanıtı işaretlememiştir. Katılımcıların %55.3 (n=52)’ü yasal süreçteki zorluk yanıtını, katılımcıların %46.8 (n=44)’i bildirim yapılması halinde çocuğun daha kötü etkileneceği düşüncesi yanıtını, %50.0 (n=47)’si ihmal ve istismara ilişkin yetersiz kanıt bulunması yanıtını, %5.3 (n=5)’ü her ailede benzer olaylar olabilir düşüncesi yanıtını, %48.9 (n=46)’si bildirim sonrası ailenin çocuğun ailesini tepkisini çekebileceği yanıtını ve %24.5 (n=23)’i bildirim nasıl yapılacağını bilmeme yanıtına “evet” cevabı vermiştir. Buna göre en yüksek oranın “yasal süreçteki zorluk” seçeneği olduğu görülürken ardından sırayla “ihmal ve istismara ilişkin yetersiz kanıt olması”, “bildirim sonrası çocuğun ailesi tarafından tepkiyle karşılaşacağı düşüncesi”, “bildirim yapılması halinde çocuğun daha kötü etkilenmesi endişesi”, “bildirim nasıl yapılacağını bilmeme”, “ilgili kurumların konu ile ilgilenmeyeceğini düşünme” ve son olarak da “her ailede benzer durumların yaşanabileceği düşüncesi” seçenekleri işaretlenmiştir. Ortaya çıkan bu sonuçlar katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakalarında yasal süreçle konusunda zorluk yaşadıkları ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu esasları ve bildirim süreçleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını gösterebilir. Bununla birlikte “bildirim nasıl yapılacağını bilmeme” seçeneğinin de bildirim yapılmama nedenleri olarak üçüncü sırada en yüksek orana sahip olması katılımcıların çocuk ihmal istismarı vakalarında yasal süreçlerde zorlandıklarını gösterebilir. Bunun yanı sıra ikinci sırada yer alan “ihmal ve istismara ilişkin yetersiz kanıt” seçeneği de katılımcıların fiziksel ihmal ve istismar vakalarından ziyade psikolojik ihmal ve istismar vakalarında daha fazla zorlandıkları ve bu ihmal istismar türünde yeterli kanıt bulmanın güçlüğü ile psikolojik ihmal istismarı yeterli biçimde tanımlayamıyor

olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Araştırmamız bulgularına bakılarak ilgili literatür incelendiğinde benzer konularda yapılan çalışmalarda çocuk ihmal ve istismarı vakalarında neden bildirim yapılmadığına ilişkin sorunun sınırlı sayıda çalışmada yer aldığı görülmektedir. Karaağaç Eskibağlar (2021) tarafından diş hekimleri ile yapılan bir çalışmada katılımcılar en yüksek oran olan %53.73 ile “bildirim protokolü hakkında bilgim yoktu” yanıtını işaretlemişlerdir. Buna göre sağlık çalışanlarının çocuk ihmal istismarı vakalarında en çok zorlandıkları ve bildirim yapmama konusundaki en önemli gerekçelerinden birinin çocuk ihmal istismarına ilişkin yasal süreçler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve bildirim protokolleri hakkında yetersiz kalmaları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda ÇİİBRTYÖ’ye ait puanlar incelendiğinde genel puan ortalamasının 3.86 ± 0.30 olduğu görülmektedir. Katılımcıların ölçeğin ihmal ve istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri boyutundan aldıkları puan ortalamasının 4.07 ± 0.34 olduğu, ihmal belirtileri alt boyutu ortalama puanlarının 4.06 ± 0.58 , ihmal ve istismarda çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutu ortalama puanlarının 3.98 ± 0.37 , ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda 3.46 ± 0.48 , ihmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyutunda 3.52 ± 0.56 ve çocuk ihmal istismarında ailesel özellikler alt boyutunda puan ortalamalarının 3.78 ± 0.54 olduğu tespit edilmiştir. Uysal (1998)’in belirttiği üzere ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan ortalama puanın 5’e yaklaşması halinde katılımcıların çocuk ihmal istismarı hakkında yüksek bilgi sahibi olduğu yorumu yapılırken 3’e yakın ve üzeri puan alanların bu konu hakkında belirli bir bilgi düzeyine sahip oldukları ancak bu düzeyin tam anlamıyla yeterli olmadığı, 3 puan ve altında alanların ise yetersiz bilgi düzeyine sahip oldukları şeklinde yorumlanmaktadır. Çalışmamızın sonuçları bu doğrultuda incelendiğinde katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı konusunda ortalama bilgi düzeyine sahip oldukları, “Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt boyutunda yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte araştırma sonuçları ışığında diğer alt boyutlar hakkında katılımcıların daha fazla bilgi edinmeleri gerektiği yorumu yapılabilir. Literatür incelendiğine Kocaer (2006) tarafından yapılan bir çalışmada ÇİİBRTYÖ genel ölçek puanı 3.92 ± 0.40 olarak tespit edilmiştir. Cirit (2015)’in yaptığı çalışmada

genel ölçek puanı 3.71 ± 0.36 olarak bulunurken Yükseler (2020)'in yaptığı çalışmada ise 3.69 ± 0.34 olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda bulgularımız büyük ölçüde literatür ile örtüşmektedir.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile ölçek alt boyutlarından sadece çocuk ihmal ve istismarında ailesel özellikler alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiş olup bu farklılığın çocuk sahibi olmayan katılımcılar yönünde olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde çalışma sonucumuzu destekleyecek bulguların olduğu görülmektedir. Demir (2012) tarafından yapılan bir çalışmada da ihmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyutunda çocuk sahibi olmayan hekimlerin çocuk sahibi olan hekimlerden anlamlı bir şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu durum çocuk sahibi olan hekimlerin kendi çocukları ile olan deneyimlerine bağlı olarak çocuğa yönelik ihmal istismar davranışını “çocuk eğitimi” olarak algılıyor olabilecekleri şeklinde değerlendirilebileceği gibi çocuk sahibi olmayan hekimlerin çocuk ihmal istismarı hakkında daha fazla eğitim almış olabilecekleri de düşünülebilir. Bu nedenle konunun gelecekte yapılacak araştırmalarda katılımcıların farklı özellikleriyle birlikte değerlendirilmesinde fayda olabilir. Erol(2018) tarafından yapılan bir araştırmada da çocuk sahibi olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre çocuk ihmal istismarı bilgi düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sahip oldukları mesleklere göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hekim veya aile sağlığı elemanı olmanın sadece ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda anlamlı bir farklılığa yol açtığı ve hekimlerin bu konuda daha yüksek puan ortalamasına sahip olarak daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Bu sonuçlar ışığında çocuk ihmal istismarına yönelik bilgi düzeylerinde hekim ve aile sağlığı elemanları arasında ciddi bir fark olmaması hekimlerin çocuk ihmal istismarı konusunda tanı koyucu rolü olması düşünüldüğünde önemli bir bulgudur. Hekimlerin çocuk ihmal ve istismarını tanınması ve açığa çıkarabilmesi sağlık kuruluşlarına intikal eden vakaların ortaya çıkması, adli süreçlerin başlatılabilmesi adına son derece önemlidir. Bununla birlikte literatür incelendiğinde çocuk ihmal ve istismarı konusunda sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte bu

çalışmaların son yıllarda arttığı bu nedenle yeterli verinin ulusal yazında olmadığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuk ihmal ve istismarı konusunda hekim ve hemşire kıyaslaması yapılan yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yapılan iki çalışmadan ilki Kocaer (2006) tarafından yapılmış ve genel ölçek değerlendirmesinde hekimlerin hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek düzeyde bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Ancak tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Türker(2017) tarafından yapılan bir çalışmada da hekimlerin bilgi düzeylerinin hemşirelerden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Ancak hekim ve hemşirelerin aldıkları puanlar incelendiğinde puan farklarının az olduğu da görülmektedir. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının çocuk ihmal istismarını tanılama konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olması gerekirken hekimlerin ihmal istismarda adli rapor tutarak süreci başlatacak çalışanlar olarak çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha yüksek bilgi düzeyine sahip olmaları gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamız sonuçlarına göre katılımcıların öğrenimleri esnasında çocuk ihmal ve istismarı eğitimi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Katılımcıların mezuniyet sonrasında çocuk ihmal ve istismarı eğitimi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan sonuçlara göre mezuniyet sonrası eğitim alanların ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtilerine yönelik daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlarla karşılaşılan çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçların ortaya çıktığı araştırmalar olduğu görülmektedir. Türker(2017)'in yapmış olduğu çalışmada katılımcıların çocuk ihmal istismarı ile ilgili eğitim almalarının ölçek puanları üzerinde anlamlı bir farklılığa yol açmadığı görülmektedir. Bununla birlikte Şanyüz (2009)'ün yaptığı çalışmada eğitim alan katılımcıların eğitim almayan katılımcılara oranla çocuk ihmal istismarı tanısı koyabilmede anlamlı bir şekilde daha yüksek düzeye sahip oldukları görülmüştür. Uluslararası literatürde de Flaherty ve ark.(2003)'nın yaptığı bir çalışmada çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha az eğitim almış hekimlerin meslek hayatları

boyunca çocuk ihmal ve istismarına ilişkin hiç tanı koymayan hekimler olduğu görülmüştür. Bu noktada eğitim almanın çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerini tanılamada etkili olmasıyla birlikte alınan eğitimin kalitesinin de önemli olduğunu görülmektedir. Çalışmamıza katılım sağlayan sağlık çalışanlarının ne tür içeriklere sahip bir çocuk ihmal istismarı eğitimi aldıkları bilinmemektedir. Ortaya çıkan sonuçlar ışığında almış oldukları eğitimin yeterli olmadığı söylenebilir. Bununla birlikte mezuniyet sonrası alınan eğitimin “ihmal istismarın davranışsal belirtileri” alt boyutu üzerinde etkili olduğu da görülmektedir. Bu durum mezuniyet sonrası alınan eğitimin katılımcılar tarafından daha fazla önemsenmesi, çocuk ihmal istismarına ilişkin kendilerini geliştirmek istemeleri ile açıklanabilir. Katılımcıların almış oldukları eğitimin ihmal istismarda davranışsal belirtiler konusunda faydalı olmuş olabileceği yorumunda bulunulabilir.

Katılımcıların çalışma yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşmış olma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışan katılımcıların ihmal istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri, ihmal belirtileri, ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutlarında daha fazla bilgi sahibi oldukları ve ölçek genel ortalamasında da daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Literatür incelendiğinde Erol (2018) tarafından yapılan çalışmada da meslek hayatlarında çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışmış katılımcıların ÇİİBRTYÖ’den anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları ve bu konudaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Starling ve ark.(2009) tarafından yürütülen bir çalışmada çocuk ihmal istismarı vakası ile karşılaşan asistan hekimlerin vaka ile karşılaşmayan hekimlere göre çocuk ihmal istismarı bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine benzer şekilde ulusal literatürde Pakiş ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada çocuk ihmal istismarı vakası ile çalışan katılımcıların çalışmayan katılımcılara oranla ihmal istismar hususunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı vakaları ile çalıştıkça farkındalık düzeylerinin arttığının bir göstergesi olarak kabul edilmelidir. Araştırmamız ve ilgili literatür doğrultusunda konuya ilişkin kurumsal bilginin yanı sıra uygulamanın da önemli olduğunu saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarımıza göre katılımcıların yaşlarının ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olmadığı görülmüştür. İlgili literatür incelendiğinde Kocaer(2006) tarafından yapılan çalışmada yaşın katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı bir farka yol açmadığı görülmektedir. Benzer biçimde Türker (2017) tarafından yapılan çalışmada da yaş değişkeninin anlamlı bir farka yol açmadığı görülmüştür. Uysal (1998) tarafından yapılan çalışmada da yaşın ölçek puanları üzerinde anlamlı bir farka yol açmadığı görülmüştür. Bununla birlikte literatürde yaşın ölçek puanları üzerinde anlamlı farka yol açtığı çalışmalar da bulunmaktadır (Demir,2012; Erol,2018). Buna bağlı olarak araştırmamız ve literatür sonuçlarına göre katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı riskleri ve belirtilerini tanılama düzeylerinin yaştan ziyade meslekte çocuk ihmal ve istismarına yönelik deneyimlerinden etkilendiği söylenebilir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ÇİİBRTYÖ ve alt boyutlarında arasındaki ilişki incelendiğinde sadece çocuk ihmal ve istismarında ailesel özellikler alt boyutunda eğitim seviyesi yüksek katılımcıların daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Literatür incelendiğinde katılımcıların eğitim düzeylerinin ÇİİBRTÖ üzerindeki etkilerine yönelik yeterli çalışma olmadığı görülmüştür. Çalışmamız ışığında katılımcıların yüksek lisans/doktora seviyesinde eğitim almalarının ÇİİBRTÖ üzerinde anlamlı bir farka yol açtığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların eğitimlerinin yüksek lisans/doktora düzeyinde olmasının çocuk ihmal istismarına yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerini etkilediği söylenebilir. Ancak bu yorumun kesin bir biçimde yapılabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu gibi katılımcıların farklı özelliklerinin de birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmamıza göre katılımcıların çalışma sürelerinin ÇİİBRTYÖ ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımızı destekleyen bulguların elde edildiği görülmektedir. Demir(2012)'nin yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların çalışma sürelerinin ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir farka yol açmadığı görülmüştür. Türker(2017) tarafından da katılımcıların çalışma sürelerinin ÇİİBRTYÖ üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Kocaer(2006)'in çalışmasında da

benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Erol (2018) tarafından çocuk hastalıkları asistanları ile yapılan çalışmada çalışma süresinin ÇİİBRTÖ üzerinde anlamlı bir farka neden olduğu ve çalışma süresi fazla olan katılımcıların ÇİİBRTÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Erol (2018)'in araştırmasının İstanbul'da bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde çocuk hastalıkları asistanı olarak görev yapan katılımcılar ile çalışılmış olmasının sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan çocuk hastalıkları asistanları çocuk ihmal ve istismarı vakaları ile ilk karşılaşacak uzmanlardır. Yapmış olduğumuz çalışmanın katılımcıları ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarıdır. Buna bağlı olarak çalışma süreleri boyunca daha az ihmal istismar vakası ile karşılaşmış olabilirler. Yaptığımız analizler ve literatürde bulunan diğer çalışmalara da bakıldığında katılımcıların çalışma sürelerinden ziyade meslekte ihmal istismar vakası ile çalışma deneyimlerinin farkındalık ve bilgi düzeyinde etkili olduğunu görülmektedir.

Araştırmamızda çocuk ihmal ve istismarı vakalarıyla çalışan katılımcıların çalışma sürecindeki zorlandıkları durumların ÇİİBRTÖ üzerindeki etkileri incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda öykü alma, fiziksel muayene, ruhsal muayene, rapor etme, yasal süreç aşamalarında zorlandığını ifade eden katılımcılar ile herhangi bir aşamada zorlanmadığını ifade eden katılımcıların çocuk ihmal istismarı belirtileri ve risklerini tanılamada anlamlı bir farklılaşmada olmadıkları tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Kılıç Çüçen(2021) tarafından yürütülen çalışmada da katılımcıların zorlanma durumları ile ÇİİBRTÖ arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Türker(2017) tarafından yapılan bir çalışmada da yine benzer şekilde hekim ve hemşirelerin çocuk ihmal istismarı ile çalışırken zorlandıkları aşamalar ile ÇİİBRTÖ arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. Çalışmamız ve ilgili literatür ortaya koymaktadır ki sağlık çalışanları çocuk ihmal ve istismarı vakaları ile çalışırken çeşitli aşamalarda zorluk yaşamaktadır. Araştırmamız bulgularına göre katılımcıların en çok zorlandıkları aşama öykü alma ve yasal süreçler iken en az zorlandıkları aşamanın fiziksel muayene olduğu görülmüştür. Bu durum sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve

istismarına ilişkin tıbbi süreçlere hâkim olduklarını ve çocuk ihmal istismarını tıbbi bulgular ile tanımlayabildiklerini ancak çocuk ihmal istismarının psikolojik ve yasal süreçleri ile çalışmakta yetersiz kaldıkları şeklinde yorumlanabilir. Ortaya çıkan bu durum çocuk ihmal istismarında tıbbi eğitimin yanı sıra olası bir ihmal istismar vakasında çocuk ile kurulacak sağlıklı iletişim metotlarının doğru biçimde öğrenilmesi, konuya ilişkin mevzuata hâkim olmak gibi gerekliliklerin de son derece önemli olduğunu göstermektedir. Weinreb (2006) tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada hekimlerin çocuk ihmal ve istismarı vakası ile çalışmak için yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Bu durum hekimlerin tıbbi bir istismar bulgusunu tespit etmekteki yetersizlikleri olarak değil ihmal istismar vakasının tüm süreçleri ile pratikte çalışma konusundaki bilgi eksikliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı vakalarını tüm süreçlerine hakim olmaları ihmal istismara maruz kalmış çocukların ilgili makamlara bildirilerek yaşanan olumsuz süreci olabilecek en sağlıklı biçimde atlatabilmeleri, ihmal istismar eyleminde bulunan kişilerin hukuk karşısında yargılanabilmeleri açısından son derece önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çocuk ihmal istismarının sadece tıbbi boyutu hakkında bilgi sahibi olmaları ve diğer boyutlar üzerinde yeterli bilgiye sahip olmamaları ihmal ve istismarın tespit edilememesine ve bildirim yapılmamasına yol açabilir. Bu durum çocuk açısından yeni bir ihmale neden olabileceği gibi aynı zamanda Türk Ceza Kanunu gereğince de suç teşkil etmektedir. Türk Ceza Kanunu’nda sağlık çalışanlarının görev esnasında karşılaştıkları suç eylemlerini ilgili makamlara bildirmemeleri halinde hapis cezası ile cezalandırılacakları belirtilmektedir (Türk Ceza Kanunu, m.280).

Çalışmamızda ÇİİBRTÖ Cronbach α katsayısı 0.740 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutları güvenilirliği ise 0.743 ile 0.831 arasında değişmektedir. Buna göre ölçek ve ölçek alt boyutları geçerli güvenilirliktedir. Uysal (1998) yaptığı çalışmada ölçek Cronbach α katsayısı 0.92 olarak bulunmuş olup alt boyutların Cronbach α katsayısı ise 0.59-0.89 arasında değişmektedir. Kocaer (2006)’nın çalışmasında ise Cronbach α katsayısı 0.81 olup alt boyutların güvenilirlik değeri 0.47-0.63 arasında değişmektedir. Metinyurt ve Yıldırım Sarı (2016) tarafından yapılan bir çalışmada da ölçek güvenilirlik değeri 0.89 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları literatürle

benzer şekilde olup çalışmamızda ölçek alt boyutlarında güvenli bulunmuş, zayıf güvenilirlik değeri tespit edilmemiş ve çalışmanın yapıldığı evren için kullanılabilir olarak değerlendirilmiştir.



SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk ihmali ve çocuk istismarı, tüm çocukların refahını, bugünü ve geleceğini tehdit eden önemli olgulardır. İstismar ve ihmal çocukların psikolojik ve fiziksel olarak etkileyebilir ve bunun sonucunda çocukların yaşamlarında onarılamaz

sonuçlara yol açabilmektedir. Her çocuğun sağlıklı bir çevrede şiddetten arınmış bir yaşam sürme hakkı vardır ancak her yıl dünya çapında milyonlarca çocuk fiziksel, cinsel ve duygusal şiddetin mağduru ve/veya tanığı olmaktadır. Bu nedenle küresel bir sorun olan ihmal ve istismarın önlenmesine yönelik çalışmaların yoğunlaştırılması gerekmektedir. Çocuk ihmal ve istismarını önlemek için bu duruma neden olan faktörleri belirlemeli ve bu doğrultuda çözüm önerileri getirmeliyiz. Aynı zamanda çocuk ihmal ve istismarı ile mücadele etmek için ihmal ve istismarı tespit etmek de çok önemlidir. İhmal ve istismar vakalarının ilk tespitinde önemli yeri olan sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli donanıma sahip olması da ihmal ve istismarın erken tanı ve tedavisi için oldukça önemlidir.

Bu sebeple; Ülkemizde çocuk ihmal istismarını tanılama aşamasında önemli yer edinen sağlık çalışanlarına yönelik literatürün sınırlı sayıda olduğu görülmüş ve bu alana yeni bir katkı sağlamak için çalışmamız sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Çocuk ihmal ve istismarını erken fark etme çocuğun daha fazla örselenmesini ihmal ve istismarın engelleme konusunda önemli bir yeri bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik çocuk ihmal istismarına ilişkin literatürün de sınırlı olması nedeniyle bu doğrultuda yeni yapılacak bir çalışmanın bundan sonraki bu alandaki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Bu çalışma; 39 aile hekimi, 55 aile sağlığı elamanı olmak üzere 94 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Kadın katılımcıların 68, erkek katılımcıların 26 kişi olduğu çalışmamızda katılımcıların yaş aralıkları en yüksek oranla (%40) 40-48 aralığındadır. Çalışmamızda ÇİİBRTYÖ'ye ait puanlar incelendiğinde genel puan ortalamasının 3.86 ± 0.30 olduğu görülmektedir. Katılımcıların ölçeğin ihmal ve istismarın çocuktaki fiziksel belirtileri boyutundan aldıkları puan ortalamasının 4.07 ± 0.34 olduğu, ihmal belirtileri alt boyutu ortalama puanlarının 4.06 ± 0.58 , ihmal ve istismarda çocuktaki davranışsal belirtiler alt boyutu ortalama puanlarının 3.98 ± 0.37 , ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt boyutunda 3.46 ± 0.48 , ihmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyutunda 3.52 ± 0.56 ve çocuk ihmal istismarında ailesel özellikler alt boyutunda puan ortalamalarının 3.78 ± 0.54 olduğu tespit edilmiştir. Uysal (1998)'in belirttiği üzere ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan ortalama puanın 5'e yaklaşması halinde katılımcıların çocuk ihmal istismarı

hakkında yüksek bilgi sahibi olduğu yorumu yapılırken 3'e yakın ve üzeri puan alanların bu konu hakkında belirli bir bilgi düzeyine sahip oldukları ancak bu düzeyin tam anlamıyla yeterli olmadığı, 3 puan ve altında alanların ise yetersiz bilgi düzeyine sahip oldukları şeklinde yorumlanmaktadır. Çalışmamızın sonuçları bu doğrultuda incelendiğinde katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı konusunda ortalama bilgi düzeyine sahip oldukları, "Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuktaki Fiziksel Belirtileri" alt boyutunda yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte araştırma sonuçları ışığında diğer alt boyutlar hakkında katılımcıların daha fazla bilgi edinmeleri gerektiği yorumu yapılabilir.

Yapılan çalışma doğrultusunda çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi ve erken tespit edilmesi için görüş ve öneriler aşağıda sıralanmıştır;

- Çalışmada katılımcılar çocuk ihmal ve istismarı vakalarının neden bildirilmediği sorusuna en çok "yasal süreçteki zorluk(%55.3)" olarak belirtmiş ve çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında hangi kuruma başvuracakları sorusuna ise farklı şekilde cevaplar vermişlerdir. Buradan sonuçla sağlık çalışanların çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili yasal prosedür hakkında eğitim vb. yollarla doğru şekilde bilgilendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda "yasal süreçteki zorluk" başlığının alt başlığı olarak değerlendirilebilecek olan sağlık çalışanlarının "bildirim sürecinde kendilerini güvende hissetmemeleri" konusu ile ilgili olarak; sağlık çalışanlarına şiddet konusuna yasal olarak çözümler getirilmeli ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmelerini sağlamanın önemli olduğu düşünülmektedir.
- Katılımcılar çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında hangi aşamada zorlandıklarına en çok "öykü alma aşamasında(%52.2)" olarak belirtmişler bunu "ruhsal muayenede zorluk(%39.1)" takip etmiştir. Bununla birlikte katılımcıların en az zorlandıkları aşamanın fiziki muayene olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda katılımcıların fiziki muayene esnasında tıbbi bilgileri ile işlem yaptıkları için daha az zorlandıkları ancak çocuk ile ilk iletişimin kurulduğu öykü alma, ruhsal muayene aşamalarında daha fazla zorlandıkları yorumunda bulunulabilir. Bu sebeple; ihmal ve istismara

uğramış çocuklarla iletişim konusunda profesyoneller tarafından eğitimlerin verilebileceği, hizmet içi eğitimlerde bu konu üzerinde çalışmaların artırılmasının daha faydalı olabileceği düşünülmektedir.

- Araştırmamız sonuçlarına göre katılımcıların öğrenimleri esnasında çocuk ihmal ve istismarı eğitimi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ' den aldıkları puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Katılımcıların mezuniyet sonrasında çocuk ihmal ve istismarı eğitimi alma durumlarına göre ÇİİBRTYÖ 'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda; sağlık çalışanlarının çocuk ve ihmal istismarı konusunda hem öğrenimleri esnasında hem de mezuniyet sonrasında aldıkları eğitimlerin yeterli olmadığı gözükmektedir. Bu sebeple sağlık ilgili eğitim veren sağlık bölümlerinin müfredatına çocuk ihmal ve istismarının eklenmesini, mezuniyet sonrası alınan hizmet içi eğitimlerin artırılmasını veya niteliğinin çoğaltılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
- Tüm bu mikro müdahalelerin yanı sıra makro düzeyde de müdahaleler oldukça önemlidir. Hem ailenin hem toplumun hem de devletin görevi çocuğun korunmasıdır. Bu nedenle ihmal ve istismar konusunda devlet politikaları geliştirilmeli gerekli yasal düzenlemeler ve çocuk koruma politikaları geliştirilmelidir. Ayrıca çocuk ihmal ve istismarı ile mücadele çok etkili olan Çocuk İzlem Merkezlerinin sayısının da artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA/BİBLİYOGRAFYA

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M., Gülen, M., Avcı, A. ve İçme, F. (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 22(4), 591-614.
- Akdaş, A. (2005). Çocuk İstismarı Tarama Anketi:Geliştirme, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi. 1, 95-119.
- Akyüz, E. (2012). Çocuk Hukuku: Çocuk Hakları ve Korunması. Ankara: PegemAkademi Yayınları.
- Alpaslan, A.H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. Kocatepe Tıp Dergisi. 15(2), 194-201.
- Al-Moosa, A., Al-Shaiji, J., Al-Fadhli, A., Al-Bayed, K. ve Adib, S. M. (2003). Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse & Neglect. 27(10), 1161–1178.
- Altın, B. (2021). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve Adli Olgulara Yaklaşımlarının İncelenmesi. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi/Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tokat.
- Altunsu, B. (2004). Çocuklara Bakım veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Arısoy, A. ve Korkmaz A. (2018). Kadınlara Uygulanan Sosyal Politikalara Yönelik Halkın Algı ve Tutumlarının Araştırılması: Burdur Kent Merkezi Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 5(2), 302-316.
- Aşçı, Ö., Güleser, H. ve Sercan, İ. (2015).The Approach Of Prehospital Health Care Personnel Working At Emergency Station Stowards Forensic Cases, Turkish Journal of Emergency Medicine. 15, 131-135.
- Aydın, İ. (2019). Türkiye’de Çocuk İstismarı, Çocuk İstismarını Önleyici Sosyal Politikalar Ve Diyarbakır Örneği. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bahadır Yılmaz, E. (2013). Çocuk İstismarının Önlenmesinde Kullanılan Programlar Ve Özellikleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 16(4), 255-259.
- Bahar, G., Savaş, H.A. ve Bahar, A. (2009). Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 4(12).
- Bahçecik, N. (1993). Toplumumuzda Kötü Davranılan ve İhmal Edilen Çocukların Erken Tanı ve Tedavisinde Hemşirenin Gözlemi Ve Eğitici Rolünün

- Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bakır, E. ve Kapucu, S. (2017). Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansıması: Bir Literatür İncelemesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 4(2), 13-24.
- Berkmen, B. ve Okray, Z. (2015). Çocuk İstismarı Ölçeği’nin Türkçe’ye Çevirisi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi. 242-254.
- Bethea L. (1999). Primary Prevention Of Child Abuse. Am Fam Physician. 59(6), 85-157.
- Biçer, Ü., Çolak, B., Coşkun, A., Demirbaş, İ., Kurtaş, Ö. ve Gündoğmuş, Ü. (2002). Çocuk İstismarı Bir Yazgı mı? Olgu Sunumu. Adli Tıp Bülteni. 7(3), 109-114.
- Bilginer, Ç., Hesapçıoğlu, S. ve Kandil, S. (2013). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı: Mağdur ve Sanık Açısından Çok Yönlü Bakış. 26, 55-64.
- Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi. (1959). Erişim: 14 Kasım 2021. https://kdkcocuk.gov.tr/anasayfa/contents/files/YasalDuzenlemeler/BM_cocuk_Haklari_Bildirisi.pdf
- Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi. (1989). Erişim: 18 Haziran 2020. <https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>
- Brittain, C. R. (2005). Understanding the Medical Diagnosis of Child.
- Bulut, S. (2007). Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 28(3), 139-156.
- Burç, A. (2014). Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyi. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bür Durgun, S. (2019). Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği’nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Canbaz, S. Turla, A. ve Aker, S. (2005). Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi ve Tutumları. 14(11), 241.
- Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi. (1924). Erişim: 14 Kasım 2021. https://tr.wikipedia.org/wiki/Cenevre_Cocuk_Haklari_Bildirisi
- Cirit, C. (2015). Aile Sağlığı Ve Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

- Çocuk Koruma Kanunu, Kısım:1. Erişim: 14 Kasım 2021.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf>
- Çüçen Kılıç S.(2021). Kadın Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırmaları Merkezi, İstanbul.
- Dağlı, S. (2008). Aile İçi Çocuk İstismarı ile Bilişsel İşlevler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demir, H. (2012). Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Edirne.
- Demirci, Ş., Doğan, K., Erkol, Z. ve Deniz, İ. (2008). Konya’da Cinsel İstismar Yönünden Muayenesi Yapılan Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri. 5, 43-59.
- Dervişoğlu, S. (2012). Çocuk İstismarı ve İhmali Açısından Sokakta Çalışan Çocuklar ve Avrupa Birliği Uygulamaları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Deveci, E. ve Açık, Y. (2003). Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. 12, 396-405.
- Dinleyici, M. ve Şahin Dağlı, F. (2016). Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. Osmangazi Tıp Dergisi. 38(2), 18-27.
- Dirican, R. (2018). Tarihi Süreçte Çocukluk ve Çocuk Hakları. Çocuk ve Gelişim Dergisi. 2(2), 51-62.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1985). Erişim: 18 Haziran 2020.
https://tr.wikipedia.org/wiki/Çocuk_istismari
- Dünya Sağlık Örgütü. (2016). Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz.
- Er, T. (2010). Cinsel İstismara Maruz Kalan ve Kalmayan Ergenlerin Anksiyete, Depresyon ve Benlik Algısı Açısından Karşılaştırılması. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eraslan, E.G. (2018). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistan, Uzman ve Yandal Uzman Hekimlerinin Cinsel İstismar Hakkındaki Bilgi Düzeyi Anket Çalışması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Zeynep Kamil Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
- Erol, D. (2018). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. (Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.

- Faller, K.C. ve Henry, J. (2000). Child Sexual Abuse. A Case Study in Community Collaboration. *Child Abuse & Neglect*. 24(9), 1215-1225.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 17, 67-70.
- Flaherty, E., Price, L.L., Wasserman, R., Trowbridge, M., O'Connor K. ve Sege R. (2003). Education and Experience in Child Abuse. *Pediatrics*. 111(3), 564-72.
- Geçkil, E. (2017). Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(1), 129-39.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z. ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 24(3), 128-134.
- Güner, İ., Güner, S. ve Şahan, M. (2010). Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*. 17(3), 108-113.
- Hancı, İ.H. (2002). Adli Tıp ve Ali Bilimler. Seçkin yayıncılık. 1.baskı, 263-284.
- Hatipoğlu, E. (2017). Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar Vakaları ile Çalışan Sosyal Çalışmacıların Psikososyal Etkilenme Deneyimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(4), 85-97.
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, S. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 47, 140-151.
- Kara, Ö. (2010). Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmal Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Ankara.
- Karanfil, R., Akçan, R. ve Orhan, Ö. (2010). Çocuğun Cinsel İstismarı ile İlgili Asılsız İddialar ve Paranoid Bozukluk: İki Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21, 1-5.
- Kaytez, N., Yüceliğit, S. ve Kadan, G. (2018). Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. 1(1), 18-24.
- Kempe, C.H. (1984). Incidence of Sexual Abuse in The United States. *Child Abuse Neglect*. 8(3), 377.
- Kepenekçi, Y. (2001). Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 22(3).
- Keser, N., Odabaş, E. ve Elibüyük, S. (2010). Ana-Babaların Çocuk İstismarı ve İhmal Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 4(3), 150-157.
- Koca, M. (2012). Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 3(1), 113-128.
- Kocaer, Ü. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara

Üniversitesi/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
İstanbul.

- Koçtürk, N. ve Yılmaz D. (2018). Çocuk İstismarı ve İhmali İçin Risk Altındaki Çocukları Belirlemeye ve Müdahale Etmeye Yönelik Model/Veri Tabanı Önerisi. *Kastamonu Üniversitesi Dergisi*. 26(6).
- Kuğuoğlu, S. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali. Yüce Yayıncılık. 3. Baskı. 577-599.
- Lazoritz, S. (1990). Whatever happened to Mary Ellen? *Child Abuse Neglect*. 14(2), 143-149.
- Malgaz Güçlü, D. ve Acemioğlu, R. (2020). Erken Çocukluk Döneminde Yaşanan Fiziksel İstismar: Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*. 4(4), 97-111.
- Metinyurt, H. A. I. ve Sarı, H. Y. (2016). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet*. 1(1), 101-121.
- Ören, K. (2013). *Sosyal Politika, Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş* 3. Basım, Ankara: Nobel Yayınları.
- Öztürk Can, H. ve Irmak Yılmaz, T. (2017). Yenidoğan Dönemde Çocuk İstismarı Ve İhmali. *Yenidoğan Sağlığı Dergisi*. 531-553.
- Pakiş, I., Demir, F., Bektaş, G., Altun, U. ve Yıldırım, S. (2015). Investigation Of The Awareness And Knowledge About Child Abuse And Negligence Among Doctors And Nurses Working in The East Part Of Turkey. *Romanian Journal of Legal Medicine*. 23, 151-156.
- Paslı, F. (2017). Cinsel İstismara Uğrayan Çocukların Ekolojik Sistem Yaklaşımı Açısından İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(2), 39-53.
- Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*. 9(1).
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet*, İstanbul: Der Yayınları.
- Polat, O. (2004). Çocuk İstismarı. *Klinik Adli Tıp, Seçkin Yayıncılık*. 85-133.
- Russel M., Gockel A. ve Harris B. (2007). Parent Perspectives On Intensive Intervention For Child Maltreatment. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 24(2), 20-101.
- Saka, N.E. (2004). Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nca Karara Bağlanmış Çocuk Ölümünün "Çocuk İstismarı Ve İhmali" Açısından İncelenmesi. (Yayımlanmış Uzmanlık Tezi). Adalet Bakanlığı/Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul.
- Schapiro, T. (1999). What is a Child?, 109(4), 715-738.
- Selçuk, E.D. (2020). Karadeniz H. Çocuk İstismarına Yol Açan Ailesel Nedenler ve Çocuğun Korunmasına Yönelik Önlemler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 1, 30-35.

- Shor, R. (1998). Pediatricians in Israel: Factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse & Neglect*. 22(2), 143–153.
- Skuse, D. H. (1989). Emotional abuse and neglect. *BMJ*. 298, 1692-1694.
- Sosyal Hizmetler Kanunu, Madde:1. Erişim: 14 Kasım 2021. http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_kanun/sosyalhizmetler.pdf
- Starling, S.P., Heisler, K.W. ve Paulson, J.F.(2009). Youmans E. Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine. Family Medicine and Pediatric Residents and Program Directors. 123(4), 595–602.
- Şahin, F. (2002). Çocuk İhmali: Tanı ve Tedavide Hekimler İçin İpuçları. *Klinik Pediatri Dergisi*. 1(3), 103-106.
- Şahin F. (2006). Çocuk ve Cinsel İstismar. *Çocuk Çocuk Dergisi*. 56, 34-35.
- Şanyüz, Ö. (2009). Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı. (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi/Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Şimşek, S. ve Önder, F. (2011). Ergenlerde Davranış Problemlerinin, Anne-Babadan ve Öğretmenlerden Algılanan Duygusal İstismar Açısından İncelenmesi. 10(3), 1124-1137.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 35, 82-86.
- Taşdelen, B. M. (2008). Acil Servislerde Çalışan Hemşireler Tarafından Adli Vakaların Tanılanması. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul.
- Tekin, H.H. ve Kılıç, A.K. (2020). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları İle Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri Ve Eğitim Gereksinimleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 29(2), 85-94.
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*. 34(1), 70-74.
- Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu. (2015). Çocuk İzlem Merkezleri Türkiye Raporu.
- Tugay, D. (2008). Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Turhan, E., Sangün, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 15(9), 153-157.
- Turla, A. (2002). Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım. *OMÜ Tıp Dergisi*. 19(4), 291-300.
- Türk Dil Kurumu. Erişim: 18 Haziran 2020. <http://www.tdk.gov.tr/TR/Genel/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE&Kelime=is-tismar>

- Türk Medeni Kanunu, Madde:28. Erişim: 14 Kasım 2021.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>
- Türk Ceza Kanunu, Madde:103-280. Erişim: 14 Kasım 2021.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- Türker, G. (2017). Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Erişim: 17 Eylül 2021.
https://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiye_Cumhuriyeti_Aile_ve_Sosyal_Hizmetler_Bakanlığı
- Uluğtekin, S., Acar, Y. ve Öntaş, Ö. (2004). Çocuk Adalet Sisteminde Sosyal İnceleme Raporları (SİR) ve Gözetim Raporlarının Yeri. TBB Dergisi. 53, 35-44.
- UNICEF Türkiye Ülke Ofisi. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım.
- United Nations International Children's Emergency Fund(UNICEF). (2010). Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması: Özet Rapor. UNICEF-Türkiye.
- Vatansever Ü. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali. İçinde: Çocuk Acil Tıp Kitabı. Eds: M, Uzel N, Yılmaz L, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Yayını, İstanbul, s.363-381.
- Walsh C., MacMillan H. ve Jamieson E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. Child Abuse & Neglect. 26, 11-22.
- Weinreb, L. (2007). Adult Patients' History of Child Abuse in Family Practice Settings. J Am Board Fam Med. 20(4), 9-417.
- Yarar, F. ve Yarış, F. (2011). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 15(4), 178-183.
- Yavuzer, H. (1995). Yaygın Ana-Baba Tutumları. Ana-Baba Okulu Dergisi.
- Yelken Karabay, S. (2021). Sağlık Çalışanlarının Çocuğun Fiziksel ve Cinsel İstismarı Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Yayımlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Osmangazi Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Yetiş, O. (2017). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Bildirimine Yönelik Öğretmen Tutumları. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, A. (t.y.). Çocuk İstismarı ve İhmali: Risk Faktörleri ve Çocukların Psiko-sosyal Gelişimi Üzerindeki Etkileri. Civilacademy Dergisi. 63-79.
- Yolcuoğlu, İ. (2010). Çocukların İhmal-İstismara Uğramasında Aile ve Çocuklara Yönelik Risk Faktörleri ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 21(1), 73-83.

- Yükseler, A. (2020). Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri, Malatya.
- Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. ve Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2(2), 69-78.



EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1- Cinsiyetiniz nedir?

Erkek () Kadın ()

2- Medeni Durumunuz nedir?

Evli () Bekar ()

3- Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

4- Yaşınız.....

5-Mesleğiniz?

() Aile Hekimi () Aile Sağlığı Elemanı

6-Mezun olduğunuz okul?

Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans () Yüksek lisans () Doktora ()

7-Mesleğinizdeki çalışma süreniz? :

8- Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir bilgi veya eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır ()

9- Yanıtınız evet ise yeterli miydi?

Evet () Hayır ()

10- Mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bir eğitim aldınız mı?

Evet () Hayır ()

11- Yanıtınız evet ise yeterli miydi?

Evet () Hayır ()

12- İş yaşantınız sırasında herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştınız mı?

Evet () Hayır ()

13- Yanıtınız evet ise: Sizce kaç olguya tanı koymuşsunuzdur?

1-5 olgu () 6-10 olgu () 11-25 olgu 26-50 olgu () 50 den fazla ()

14- Eğer 11. soruya yanıtınız evet ise: İş yaşamınız süresince herhangi bir istismar/ ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız ise hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?

() Öykü alma () Fizik Muayene () Ruhsal Muayene

() İlgili Kurumlara Rapor Etme () Yasal Süreç

() Zorlanmadım () Diğer.....

15. - İş yaşantınız sırasında herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşmanız durumunda başvuracağınız kurum veya kurumları belirtiniz.

16. Çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapmak zorunludur. Ancak uygulamada her olgu bildirilememektedir. Sizce bildirim yapılmamasının nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() Yetkili kurumların konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi

() Yasal süreçte karşılaşılabilecek zorluklar nedeniyle

() Çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma

() Konuya ait yeterli kanıt olmaması

() Her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi

() Bildirim yapılması durumunda çocuğun ailesi tarafından tepki geleceği düşüncesi

() Bildirimi nasıl yapacağını bilmeme

() Diğer.....

Konu ile ilgili düşünce ve önerileriniz.....

.....

Ek 2: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ

İFADELER	Cok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1 Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2 Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3 Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4 Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5 Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6 Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırk izine rastlanır.					
7 Cilte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8 Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9 Tek bir kırık ve yanı sıra berelemeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10 Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11 Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12 İntrakraniyal(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13 Genital bölge, ağız,kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14 Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15 Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16 Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17 Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18 Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19 Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20 Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21 Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22 Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23 Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.					
24 Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25 Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26 Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27 Çocukta yeme bozuklukları,huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28 İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29 İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiper aktif davranışlar gösterebilirler.					

30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.					
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.					
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54	Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır.					
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez.					
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaliine yol açan bir faktördür.					
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.					
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmaliinin oluşmasında etken değildir.					
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmali uğramasını etkileyen faktördür.					
61	Ailenin geniş yada çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.					
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir riskdir.					
63	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyo ekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64	Anne baba arasındaki şiddet çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.					
66	Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismar düşündürmelidir.					
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					