

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**HEKİMLERİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMAR VAKALARI İLE
KARŞILAŞMA DURUMLARI, BİLDİRİM YÜKÜMLÜLÜKLERİ VE EĞİTİM
GEREKSİNİMLERİ: GÜMÜŞHANE ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS

Mansur ÜSTÜNSOY

AĞUSTOS-2022
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**HEKİMLERİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMAR VAKALARI İLE
KARŞILAŞMA DURUMLARI, BİLDİRİM YÜKÜMLÜLÜKLERİ VE EĞİTİM
GEREKSİNİMLERİ: GÜMÜŞHANE ÖRNEĞİ**

**CHILD NEGLECT AND ABUSE CASES THAT DOCTORS ENCOUNTER,
REPORTING OBLIGATIONS AND EDUCATIONAL REQUIREMENTS: THE
EXAMPLE OF GÜMÜŞHANE**

YÜKSEK LİSANS

Mansur ÜSTÜNSOY

**AĞUSTOS-2022
GÜMÜŞHANE**



T.C
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**HEKİMLERİN ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMAR VAKALARI İLE
KARŞILAŞMA DURUMLARI, BİLDİRİM YÜKÜMLÜLÜKLERİ VE EĞİTİM
GEREKSİNİMLERİ: GÜMÜŞHANE ÖRNEĞİ**

**CHILD NEGLECT AND ABUSE CASES THAT DOCTORS ENCOUNTER,
REPORTING OBLIGATIONS AND EDUCATIONAL REQUIREMENTS: THE
EXAMPLE OF GÜMÜŞHANE**

YÜKSEK LİSANS

Mansur ÜSTÜNSOY

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Erkan DİKİCİ

AĞUSTOS-2022
GÜMÜŞHANE

KABUL VE ONAY



BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans teziolarak hazırlamış olduğum “**Hekimlerin Çocuk İhmal Ve İstismar Vakaları İle Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri Ve Eğitim Gereksinimleri: Gümüşhane Örneği**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi'nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

19/08/2022

.....
Mansur ÜSTÜNSOY

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım esnasında bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan, değerli zamanını çalışmam için ayıran tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Erkan DİKİCİ'ye, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve gelişimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma, her zaman yanımda olan çok değerli eşime, aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Mansur ÜSTÜNSOY
GÜMÜŞHANE – 2022

ÖZET

Geçmişten günümüze toplumun en temel yapı taşı aile olarak kabul edilmektedir. Aile, çocuğun ilk eğitim aldığı yer olması açısından aileye farklı sorumluluk ve görevler yüklenmektedir. İşlevlerinde aksamaların gerçekleştiği aileler sağlıklı aileler olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı ailelerde çocuğa yönelik ihmal istismar gibi çocuğun fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü bozacak durumlar gerçekleşebilir. Bu durumlar şiddet, cinsel içerikli davranışlar ya da çocuğun onur ve haysiyetini zedeleyici söylemler olarak karşımıza çıkabilmektedir. Sosyal hizmet mesleği çeşitli dezavantajlı gruplarla çalışsa da bunlardan en önemli olanlardan birisi çocuklar olarak kabul edilmektedir. Multidisipliner bir çalışma alanı olan sağlıkta da çocuğa yönelik tıbbi, psikolojik ve sosyal olarak müdahale alanları bulunmaktadır. Koruyucu ve önleyici hizmetlerin yanı sıra çocuk istismarı ve ihmalinde ilk müdahale eden meslek grupları içerisinde yer alan hekimlerin bu alanla ilgili bilgi, beceri ve deneyimlerinin bulunması son derece önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı; Gümüşhane İlinde görev yapmakta olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimlerinin tespit edilmesi, ayrıca sağlık eğitimi alan ve insan anatomisi ve fizyolojisi üzerine yoğunlaşan hekimlerin toplumsal sorunlar, yasal sorumluluklar ve insan psikolojisine yönelik farkındalık düzeylerinin ölçülmesidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hekim, İhmal, İstismar, Sosyal hizmet

SUMMARY

From past to present, the most basic building block of society is accepted as family. Since the family is the first place where the child receives education, different responsibilities and duties are assigned to the family. Families in which dysfunctions occur are defined as unhealthy families.. Apart from this, families in which dysfunctions occur are defined as unhealthy families. In unhealthy families, situations such as neglect of the child and abuse may occur that will disrupt the physical and mental integrity of the child. These situations may appear as violence, sexually explicit behaviors or statements that harm the honor and dignity of the child. Although the social work profession works with various disadvantaged groups, one of the most important ones is considered to be children.. Health, which is a multidisciplinary field of study, also has medical, psychological and social intervention areas for the child.. In addition to protective and preventive services, it is extremely important that doctors, who are among the first responders in child abuse and neglect, have knowledge, skills and experience in this field. The aim of this study; The aim of this study is to determine the situations of encountering child neglect and abuse cases, notification obligations and training needs of physicians working in Gümüşhane province, as well as to measure the awareness levels of doctors who receive health education and focus on human anatomy and physiology, about social problems, legal responsibilities and human psychology.

Keywords: Child, Physician, Neglect, Abuse, Social work.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	X
EKLER DİZİNİ.....	XIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XIV
1. GİRİŞ	1
2. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI	3
2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı	3
2.2. İstismar Çeşitleri	4
2.2.1. Fiziksel İstismar	4
2.2.2. Duygusal İstismar	5
2.2.4. İhmal	8
2.3. Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuk Üzerindeki Etkileri.....	9
2.4. Çocuk İhmal ve İstismarında Rol Oynayan Etmenler.....	10
2.4.1. Aileden Kaynaklı	10
2.4.2. Çocuktan Kaynaklı.....	11
2.4.3. Çevresel ve Toplumsal Etmenler	12
2.5. Sağlık Sistemi ve Çocuğun İlişkisi	13
3. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK MÜDAHALELER	16
3.1. Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Müdahalelerde Kuramların Rolü	16
3.1.1. Sosyal Öğrenme	16
3.1.2. Ekolojik Model	16
3.1.3. Psikolojik Model.....	17
3.1.4. Psikiyatrik Model.....	17
3.1.5. Sosyolojik Model	18
3.2. Çocuk İhmal ve İstismarını Önlemeye Yönelik Müdahale Basamakları.....	18
3.2.1. Birincil Koruma	19
3.2.2. İkincil Koruma	20

3.2.3. Üçüncül Koruma	20
3.3. Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bireysel ve Kurumsal Yükümlülükler	21
4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	24
4.1. Araştırma Hipotezleri.....	24
4.2. Evreni ve Örneklemi	24
4.3. Araştırmaya Alınma Kriteri	25
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4.5. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri	25
4.6. Veri Toplama Araçları	25
4.6.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	26
4.6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”	26
4.7. Verilerin Toplanması	27
4.8. Verilerin Analizi.....	27
4.9. Etik Konular	27
5. ARAŞTIRMA BULGULARI VE YORUMLANMASI.....	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKÇA.....	69
EKLER.....	78
ETİK KURUL KARARI	91
ÖZGEÇMİŞ	94

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı	29
Tablo 2. Katılımcıların çocuk istismarına ilişkin bilgileri	30
Tablo 3. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin puanları	32
Tablo 4. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması	33
Tablo 5. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını yaş değişkenine göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 6. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının medeni durum değişkenine göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 7. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk durumu değişkenine göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının meslek değişkenine göre karşılaştırılması.....	37
Tablo 9. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkenine göre karşılaştırılması	39
Tablo 10. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çalışılan kurum değişkenine göre karşılaştırılması	40
Tablo 11. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çalışılan birim değişkenine göre karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çalışma yılı değişkenine göre karşılaştırılması	44
Tablo 13. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi alma durumu değişkenine göre karşılaştırılması	45
Tablo 14. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının bilgi alma süresi değişkenine göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 15. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi alma durumu değişkenine göre karşılaştırılması	48
Tablo 16. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının mesleğe başladıktan sonra eğitim alma durumu değişkenine göre karşılaştırılması	49

Tablo 17. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının eğitim alma isteği değişkenine göre karşılaştırılması	50
Tablo 18. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının meslek hayatında herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma durumu değişkenine göre karşılaştırılması.....	52
Tablo 19. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının toplumda en sık karşılaşılan çocuk istismar türü değişkenine göre karşılaştırılması	53
Tablo 20. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının kurumda çocuk istismar ve ihmaline yönelik talimat yadaprosedür bulunma durumu değişkenine göre karşılaştırılması	54
Tablo 21. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda yasal yükümlülüklerin farkındalık durumu değişkenine göre karşılaştırılması	56
Tablo 22. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli bulma durumu değişkenine göre karşılaştırılması.....	57
Tablo 23. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilene gereksinimi değişkenine göre karşılaştırılması	59
Tablo 24. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanları arasındaki ilişkiler	60

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu	78
Ek 2. “Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”	82
Ek 3. Kurum İzni.....	86
Ek 4. Ölçek Kullanım İzni	90



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSHB	: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü



1. GİRİŞ

Sağlıklı bir toplumun inşasında en büyük yatırım çocuklara yapılmalıdır. Çünkü bugünün çocukları, yarınların geleceği olacağı için çocukların sağlıklı bir gelişim süreci yaşamalarına dikkat çekmek gerekir. Fakat “Çocuk” kavramına bakış ve verilen önem, tüm dünyada farklılıkları da içinde barındırmaktadır. Çünkü toplumsal ve kültürel yapılar, dini ve ahlaki değerler açısından bakılacak olursa, çocuk kavramının sahip olduğu anlam ve verilen önemin değişkenlik gösterdiği rahatlıkla görülecektir (Pişi, 2013). Ancak yer ve zaman kavramı fark etmeksizin var olan bir gerçek vardır ki o da korunma, bakım ve duygusal ihtiyaçların ortak olduğudur. Özellikle dünyanın yaşanabilirlik açısından iyi bir yer olmasını istiyorsak, işe çocuklardan başlamamız gerekir. Zira geçmişi ve geleceği belirleyen ve toplumun refah seviyesini artıran yine çocuklar olacaktır (Topçu, 2009: 11). Çünkü bugünün küçükleri yarın topluma yön veren yetişkinler olarak karşımıza çıkacaktır.

Genel olarak bakıldığında, 18 yaşını doldurmamış her birey, aynı zamanda bir çocuk olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda çocukların en öncelikli ihtiyacının korunma, bakımlarının karşılanması, beslenme ihtiyaçlarının giderilmesi ve büyüklerden bekledikleri ilgi olarak ifade edilebilir. Her çocuk, toplumdan bu beklentiler doğrultusunda gelişimlerini sağlayarak büyüyen, gelişim gösteren ve topluma entegre olan bireylerdir. Söz konusu ihtiyaçların karşılanmasında ebeveynlerine ve bakımını üstlenen yetişkinlere birtakım sorumluluklar düşmektedir (Topçu, 2009; Üstündağ, Şenol ve Mağden, 2015 aktaran Kahraman vd., 2020: 694). Çocuk bakımı ve çocuğun sosyalizasyonu, ekonomik olarak ihtiyaçlarının karşılanması, uzun süreli bakım ve diğer bakım sunumları aile yaşantısının temel görev ve sorumlulukları olarak ifade edilebilir (Barker, 1999 aktaran Arıkan, 2011: 32).

Ailelere ve çocukların bakımını üstlenenlere düşen görev ve sorumlulukların her zaman yerine getirilemediği, buna bağlı olarak çocukların zaman zaman örselendiği, ihmal edildiği ve en kötüsü de istismara maruz kaldıkları söylenebilir. Aile içinden ya da bir yabancı tarafından kötü muameleye maruz kalan çocuklar hakkında çeşitli araştırmalar ve kuramlar literatürde yer almasına rağmen çözümüne yönelik yeterli bir çalışma ya da politika bulunmamaktadır. Bu çalışmanın genel düşüncesi bu minvalde şekillenmiştir. Bu bağlamdan hareketle çalışmanın konusu, Gümüşhane ilinde görev yapmakta olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismar olaylarıyla karşılaşma halleri,

bildirim yükümlölükleri ve konu hakkındaki eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesi üzerine şekillenmiştir. Bu çalışmada sağlık eğitimi alan ve insan anatomisi ve fizyolojisi üzerine yoğunlaşan hekimlerin toplumsal sorunlar, yasal sorumluluklar ve insan psikolojisine yönelik farkındalık düzeylerinin ölçölmesi amaçlanmıştır.



2. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI

2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı

Amerikan Psikoloji Birliği'nin (2002) yaptığı tanıma göre çocuğa yönelik kötü muamele, "*Etkileri, yoğunluğu ve içeriği sebebiyle çocuğun ruhsal ve sosyal sağlığını etkileyen önemli bir toplumsal bir sorundur*" biçiminde tanımlanmıştır (Sürsavur ve Demirel, 2018: 64). Çocuk istismarı, ebeveyn ya da bakımını üstlenen yetişkin bir birey tarafından çocuklara uygulanan, ahlaki değerler ve alanında uzman olanlar tarafından uygun olmayan ya da zarar verebilecek şekilde tanımlanan, çocukların gelişim sürecini güçleştiren ya da sınırlandıran davranışların bütünü olarak ifade edilmektedir (Yaşar, 2016: 1). Kısaca, çocuklarda ciddi fiziksel veya psikolojik yıkımlara ve çocuk ölümlerine neden olan sosyal ve tıbbi bir problem olarak tarif edilebilir.

Çocuklara yönelik gerçekleşen ihmal ve istismar olayları kültürel yapıdan, coğrafi yapıdan, sosyal ve ekonomik gelişmişlikten ayrı olarak uzun yıllardır hayatımızda var olan bir gerçekliktir (Vizard, 1991 aktaran Uğurlu ve Gülşen, 2014: 9). Çocuklara yönelik ihmal ve uygulanan istismar olayı oldukça eski bir geçmişe dayandığı söylenebilir. Eski bir geçmişi olsa da, bu konunun toplum gündeminde yerini alması oldukça yakın zamanda gerçekleşmiş bir durum olarak ifade edilebilir (Taş, 2017: 1). Çocuğun bedensel sağlığı, ruhsal ve sosyal gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olan çocuk istismarı konusunun sosyal bir sorun haline gelecek şekilde Türkiye'de gündeme taşınması 2000'li yılların başından itibaren gerçekleşmiştir (Güner vd., 2010: 109; Küçük, 2016: 262 aktaran Kaya Kılıç ve Tekin, 2019: 845). Ancak hâlâ bu konu üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar sadece çocukla ilgili kurum ve kuruluşlara yöneliktir (Dallar Bilge vd., 2013: 33).

Aile, toplumun temel yapı taşıdır ve her toplumda aile kurumundan söz edilebilir. Aile kurumu, toplumdan topluma ve zamandan zamana değişen, farklılık gösteren bir yapıya sahiptir (Dikici, 2020: 58). Fakat her aile, farklı sosyo-kültürel özellikler bağlamında çocuk yetiştirme konusunda da farklılıklar göstermektedir. Her toplum, çocuk yetiştirme konusunda birbirinden farklı yöntemler kullansa da, zaman içerisinde çocukların fiziksel olarak cezalandırıldıkları, beraberinde psikolojik parçalanmaların meydana geldiği ve hatta cinsel olarak yıpratıldıkları bilinmektedir (Bilir vd., 1991: 58). Çocuğun ilk sosyal çevresi, ailesidir. Çünkü aile kurumunun önemli fonksiyonlarından birisi, çocukların ihtiyaçlarının karşılanması ve geleceğe yönelik

atacağı adımlarda yardımcı olmaktır. Ailenin bu fonksiyonlarına rağmen, çocuk istismarı vakalarının aile ortamında gerçekleştiği görülmektedir (Özyürek vd., 2018: 437). İstismarcı ebeveyn tüm etnik, coğrafik, dini, eğitimsel, mesleki ve sosyo-ekonomik düzeylerde yer alan kişilerden olabilse de, sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olarak ifade edilen kesimden olma ihtimali daha yüksektir (Kara vd., 2004: 141).

2.2. İstismar Çeşitleri

Çocuğa yönelik kötü muamele, farklı birçok eylemi içeren ve bu nedenle homojen olmayan bir olgudur (Topçu, 2009: 24). Cüceloğlu'na (1998) göre, üç türlü çocuk istismarı bulunmaktadır: fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar (Cüceloğlu, 1998).

2.2.1. Fiziksel İstismar

Ebeveyn ya da çocuğun bakımını gerçekleştiren kişi ya da kişilerin, 18 yaşından küçük çocuk ya da adölesana uyguladıkları, çocuğun fiziksel ve bedensel olarak zarar görmesine neden olacak davranışlarıdır. Bu tarz davranışlar, el yoluyla ya da bir cisim ile vurulma, iteleme, hırpalama ya da buna benzer nitelikteki eylemleri içeren şiddet içerikli davranışlardan oluşmaktadır (Yaşar, 2016: 2).

Fiziksel olarak gerçekleşen istismar ya da örselenme durumu, herhangi bir kaza sonrası çocuklarda oluşan yaralanmalar değildir (Vatandaş, 2006: 13). Kazaya bağlı olmaksızın gelişmiş bu yaralanmalar, çoğunlukla ebeveynin çocuğunu cezalandırmak istediğinde veya ebeveynin kontrolünü kaybetmesi sonucunda meydana gelir (Kara vd., 2004: 141). Anne-babalar çocuklarına dayak atmayı ya da şiddet uygulamayı kendilerine verilmiş bir hak olarak görebilirler. Ebeveynler bu şiddet içerikli davranışlarını 'çocuk benim değil mi döverim de severim de' sözleriyle örtbas edebilmektedir (Topçu, 2009: 32).

Çocuk ihmal ve istismarı alanında standart bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Çünkü sağlık personelinin bir yaranın kaza eseri mi yoksa istismar sonucu mu meydana geldiğini ayırt etmesi kolay değildir (Bee ve Boyd, 2009: 244). Genel olarak kafa ve boyun etrafındaki yumuşak yapıların sık olduğu kısımlardaki kesikler ile morarmalar fiziksel istismar olduğuna dair izlenim uyandırmaktadır. Bununla birlikte, karın kısmı, kalça ile göğüs etrafı da örselenmelerin görülebileceği yerler olarak söylenebilir. Bilhassa korunaklı kısımlarda yer alan yaralar ile çürüklere dikkat edilmelidir (Taş, 2017: 12). İstatistiklerden bir örnek vermek gerekirse; Dünya

Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2000 yılında 15 yaş ve altı 57.000 çocuk fiziksel olarak istismara uğrayarak hayatını kaybetmiştir (Altıparmak vd., 2013: 355).

Ne yazık ki çocuk istismarı 1962 yılına varıncaya kadar dünyanın gündeminde yer alamamıştır. Çocuk ihmali ve istismarı konusu ilk olarak Kempe (1962) tarafından "sarsılmış çocuk sendromu" adıyla literatüre girmiştir. Çocuk istismarının en ağır formlarından olan sarsılmış çocuk sendromu diğer adıyla hırpalanmış bebek sendromu, bebeğin bakımını gerçekleştiren ebeveyn ya da bakıcı tarafından genellikle ağlamasını engellemek için çocuğu ileri derecede sarsması sonucu oluşur (Herman, 2011 aktaran Çitil Canbay ve Şeker, 2018: 2). Hırpalanmış bebek sendromunda ölüm oranı %20-25 seyrindedir. Koma düzeyinde sağlık kuruluşlarına getirilen vakalarda ölümler %60'lara yükselmiştir. (Pressel, 2000 aktaran Kara vd., 2004: 143). Kötü muamelenin önlenmesi eğitimle başlar. Anne babayı bazı fiziksel hareketlerin potansiyel sonuçları, örneğin bebeği sarsmakla beyin hasarı arasındaki bağlantı konusunda bilgilendirmek yararlı olabilir (Bee ve Boyd, 2009: 245).

2.2.2. Duygusal İstismar

Ailede yaşanan her tartışmanın sonucu fiziksel istismara dönüşmeyebilir. Fakat yaşanan tartışmalar duygusal istismara neden olabilir. Bu şekilde birey üzerinde ciddi etkiler bırakabilir. Bireyin derinden yaralanmasına ve gelişiminin engellenmesine neden olabilir. Yine de duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismardan çok farklı bir şekilde düşünülmez (Yaşar, 2016: 3). Georgopoulou'ya göre "kemikler ruhlardan daha çabuk iyileşmektedir" (Georgopoulou, 1991 aktaran İşmen ve Aydın, 1996: 128).

Duygusal istismar, fiziksel olarak insan bedenine zarar vermeyebilir. Fakat bireyi etkileyecek ağır cezalar ya da tehditler içermektedir. Duygusal ihmale bakıldığında ise, ilgiyi ve sevgiyi yeterince vermemek ve çocuğun şiddet ile burun buruna gelmesine seyirci kalmak durumları ile karşılaşmaktadır (Glaser, 1991 aktaran Taner ve Gökler, 2004: 85). Bebek, çocuk ya da adölesanı odaya kilitleme, kabul etmeme, tek başına bırakma, korkutma, gözdağı verme ve çocuğun yanında uygunsuz hal ve hareketler, ebeveynin çocuğa yönelik aşağılayan, küçük düşüren bağırımları, tehditleri duygusal istismar şeklinde tanımlanmaktadır (Şenol, 2000 aktaran Güler vd., 2002: 129).

Duygusal istismar konusunda ortaya çıkan en önemli handikap, çocuk büyüten ailelerin içinde yaşadıkları toplumun sosyal ve kültürel özelliklerine göre çocuk büyütme yöntemleridir. Çünkü sosyal açıdan bu yetiştirme tarzı kabul edildiği için ebeveynlere bunların uygun olmadığını anlatmak zorlaşmaktadır (Taş, 2017: 7). Duygusal istismara uğrayan çocukların aileleri meydana gelen sorunlar nedeniyle çocuğu suçlamaktadır.

Dolayısıyla olası nedenleri reddederek yardım talebinde bulunmazlar ve çocuğun refahını gözetmezler (Ünal, 2017: 12). Çocuklarıyla bağılılık kurma konusunda zorlanan anne babalar bazen tıbbi muayeneler sırasında tespit edilebilir. Bu anne babalar çocuk büyütme kurslarına ya da sosyal kurumlara yönlendirilmelidirler (Bee ve Boyd, 2009: 245).

2.2.3. Cinsel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından çocuklara yönelik cinsel istismarın tanımına bakıldığında, bir çocuğun akıl erdirmediği ve bilinçli olarak rızasının olmadığı, çocukların gelişimi açısından henüz hazır olmadığı ya da yasaların ve ahlaki değerlerin ihlal edildiği cinsel içerikli eylem şeklinde bir tanım karşımıza çıkmaktadır. Bu tanıma ek olarak cinsel istismar, çocuğun rızasının bulunup bulunmadığına bakılmaksızın özel bölgelerine temas, cinsel münasebet, çıplaklık içeren fotoğraf veya videolarının çekilmesi ya da cinsel içerikli konuşma şeklinde meydana gelebilmektedir (Uslu, 2019: 5). Cinsel istismarın başlangıcı uygunsuz dokunuşlarla gerçekleşir. Daha da artarak travmatik hale gelir. Bu durum artarak devam eder (Ünal, 2017: 13).

Cinsel istismar daha sık karşılaşılan ve çoğunlukla daha uzun süren istismar çeşididir. Bu durum aynı zamanda uzun süre ve genellikle gizli kalmaktadır. Söz konusu istismar vakaların sadece %15'inin açığa çıktı ve yasal yollara başvurulduğu düşünülmektedir (Yates, 1997 aktaran Taner ve Gökler, 2004: 82). İstismarın bildirilmemesi, yaş veya zekâ düzeyinin cinsel açıdan olgun hale gelmemiş, erginleşmemiş, cinsellik durumunu yeterince açıklayamayan, cinsel olaylara yönelik farkındalık düzeyi gelişmemiş çocuklar üzerinde daha çok yaşanmaktadır (Paslı, 2019: 25). Suçluluk, çekingenlik, istismarcının tehditleri ya da intikam korkusu ve dışlanacak olma korkusu mağdur çocuğun yaşadıklarını anlatmasına engel olmaktadır (Sofuoğlu ve Cankardaş Nalbantçılar, 2018: 5)

Tüm diğer toplumlarda olduğu gibi Türk toplumunda da cinsellik “ayıp” olarak kabul edilmektedir. Cinsellik hakkında çocukların düşüncelerini ifade etmesine izin verilmemektedir. Bilhassa aile içerisinde istismar olayı gerçekleşse de, ‘kol kırılır yen içinde kalır’ düşüncesi çocuğun yaşadığı istismar olayını gizlemesini ve istismarda bulunan kişi/kişilerin de durumdan faydalanarak istismar eylemini sürdürmesine sebebiyet vermektedir (Uslu, 2019: 17). Ayrıca ebeveynler de cinsellik ile alakalı konularda yeterli eğitimi almadıkları ve bilgiye sahip olmadıkları için bu konuda yeterince bilinçli olmadıkları görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen

araştırmalar, anne-babaların büyük bir kısmının çocukları ile cinsel içerikli konularda iletişim kurabildikleri sonucunu ortaya koymaktadır (Gölbaşı, 2005: 104).

Çocuğa yönelik gerçekleşen cinsel içerikli istismar olayının kanıtlanması açısından en çok kullanılan metot fiziksel olarak yapılan muayene şeklinde söylenebilir. Ancak tek başına yeterli kabul edilmemektedir. Çünkü istismar eylemi, yalnızca okşama veya oral bir temas halinde gerçekleşmiş olabilir. Bundan dolayı cinsel içerikli istismar sonucu fiziksel herhangi bir bulguya rastlanılmayabilir (Ovayolu vd., 2007: 17). Ancak çocukta davranış değişikliği tacizin bir ifade biçimidir (Turan ve Traş, 2016: 45).

Cinsel istismar eyleminin belirti ve işaretleri:

- Çocuğun yürüme, oturma ve oyun oynama eylemlerinde zorluk yaşaması
- Kıyafet değişimi esnasında veya başka insanların yanında vücudunu gösterme konusunda yaşayacağı isteksizlik
- Erken yaşta para karşılığı cinsel münasebet yaşamak
- Bir çocuğun sahip olabileceği cinsel içerikli bilgiye sahip olmak
- Bir çocuk için uygun olmayacak cinsel içerikli hal ve hareketler sergilemek
- İçe kapanma, bebeksi ya da fantezi içeren davranışlar sergilemek
- Özkıyım girişiminde bulunmak ya da konusunu açmak
- Okul başarısında düşüş ve okul devamsızlığı
- Kaynağı açıklanamayan maddi nesnelerin sahibi olmak
- Dolaylı yoldan bir takım korku ve endişelere sahip olmak
- Kurbanın oral, anal ya da genital bölgelerinde kan ya da sperm
- Şişen, iltihaplanan, kanayan, moraran, yırtılan cinsel organ ya da anüs
- Vücutta kesik ya da izlerdir (Dupper, 2013: 75).

Cinsel içerikli istismar olaylar farklı şekillerde gerçekleşebilir. Bunlar kısaca:

- Temas olmayan yani cinsellik içeren konuşma gerçekleşmesi, teşhircilik yapmak ve röntgencilik
- Cinsel dokunma
- Oral-genital seks
- İnterfemoral ilişki yani sürtünerek temas kurma
- Cinsel penetrasyon
- Cinsel sömürüdür (Paslı, 2019: 25).

İstismarın niteliğine göre cinsiyet dağılımının araştırıldığı çalışmalarda, kız çocuklara yönelik cinsel istismarın erkek çocuklardan daha fazla olduğu görülmüştür (Paslı, 2017: 103). Çocuklara yönelik cinsel istismar birçok birey tarafından

gerçekleşebilir. Bunu gerçekleştiren anne, baba, üvey anne, üvey baba, kardeş, akraba, öğretmen, komşu veya bunların dışında kalan herhangi bir yabancı birey de olabilir (Alpaslan, 2014: 196). Çocuklara yönelik cinsel istismar, cinsiyet özelliği, sosyo-ekonomik seviye, yaşanan çevre ve yaş düzeyine bakmaksızın, sanıldığından daha fazla yaşanmaktadır. İstismarın herhangi bir yaş aralığından söz edilemez. Çünkü her yaş aralığında çocuklar cinsel istismara maruz kalacağı gibi yapılan çalışmalar göstermektedir ki çoğunlukla 4-9 yaş arasındaki çocuklar daha fazla istismara uğramaktadır (Tercan, 1995).

Aileyi derinlemesine sarsan bir diğer durum, aile içinde yaşanan cinsel istismar olarak “ensest” münasebettir. Ensest münasebet, aralarında kan bağı bulunan bireylerin gerçekleştirdiği cinsel ilişki şeklinde tanımlanmaktadır. Günümüzde ensest ilişkinin adeta bir tabu olarak konuşulduğu söylenebilir. Bununla birlikte, genel olarak aile sırrı şeklinde saklanmaktadır. Aile içi cinsel istismar, genelde ebeveynlerin çocuğun hal ve hareketlerinde gözlemlenen davranış bozukluklarından şüphelenmesi sonucu profesyonellere başvurması ile anlaşılmaktadır (Yaşar, 2016: 3). Cinsel açıdan sapkın olma hali olan ensesti, aynı zamanda “akraba aşkı” şeklinde de isimlendirmek mümkündür (Ovayolu vd., 2007: 15). Gerçekleştirilen bir çalışmaya göre ensest münasebet mağduru olan çocukların istismara uğrama yaşı, %80’inde 12 yaşından önce başlamaktadır. Ve yaklaşık olarak dört yıl kadar sürmektedir.

2.2.4. İhmal

İhmal, çocukların bedensel ve/ya ruhsal ihtiyaçlarının düzenli karşılanmamasıdır. Bunun sonucunda çocukta bir takım sağlık sorunları veya gelişim sorunları meydana gelmesi beklenmektedir. İhmal, ebeveyn ya da çocuğun bakımını üstlenen kişi/kişilerin çocuğu fiziksel tehlikeden korumaması, beslenmesi, barınması ya da mevsimine uygun giyim kuşamda başarılı olamaması, tıbbi tedavi ve takiplerini düzenli olarak yaptırmaması şeklinde meydana gelebilir. İhmal, çocuğun başlıca ruhsal gereksinimlerine tepkisiz kalma anlamı da taşımaktadır.

İstismar ve ihmal konusu, bazı durumlarda çocukların mortalitesiyle dahi sonuçlanabilmektedir (Yaşar, 2016: 1). Buna cinsel olarak örselenme de dahildir. Cinsel yönden ihmal, çocukların cinsel içerikli istismar konusunda bilgi sahibi olmalarının sağlanması, konu hakkında ilgisiz olunması ve cinsel açıdan gelişimi konusunda gerekli hassasiyetin verilmemesi anlamına gelmektedir (Durmuşoğlu-Saltalı, 2015 aktaran Kahraman vd., 2020: 694).

İstismar etken, ihmal ise edilgen bir olgu olarak kabul edilmektedir. Yaşanan ihmalden ortaya çıkacak belirtiler ve bulgular, istismar olayına nazaran daha belirsiz görülmektedir (Özyürek vd., 2018: 437). Aslında çocuk ihmali, istismar olaylarına göre daha fazla karşılaşılan bir durum olarak değerlendirilmektedir. Yaşanan çocuk ihmalleri, istismar olayları kadar dikkat çekmemekte ve yıpratıcı görünmemektedir. Bu yüzden ihmal konusunun, istismar konusu gibi üzerinde durulmamakta çoğunlukla ihmal durumu göz ardı edilmektedir (Taş, 2017: 8). Fakat her iki durum da çocuğu fiziksel ve ruhsal olarak etkilediğinden çocuklara yönelik gerçekleştirilecek araştırmalarda ihmal ve istismar olaylarının ikisi birlikte dikkate alınmalı ve üzerinde çalışılması önem arz etmektedir (Taş, 2017: 11).

2.3. Çocuk İhmal ve İstismarının Çocuk Üzerindeki Etkileri

Çocuk istismarı oldukça önemli bir sosyal sorundur. Uzun vadede olumsuz etkileri gözlemlenmektedir (Taner ve Gökler, 2004: 84). Anne-babalar, bakımını üstlenen kişiler bilerek veya bilmeyerek dogmatik olarak var olan tavır ve davranışlarla çocuklara ihmal ve istismarda bulunabilmektedirler. Bu davranışlar çocukların gelişimini engellemektedir (Taş, 2017: 2). Yetişkinlik çağına kadar etkisi devam eden, asosyal davranışlar sergileme, ikili ilişkiler kurmada güçlük çekme, toplumun ahlaki değerleriyle ters düşen hareketlerde bulunma, madde bağımlılığı ve suça yönelme gibi davranışlar sergileyebilmektedirler (Finkelhor 1994 aktaran Ak, 2015: 26). Yapılan çalışmalar, erken çocukluk döneminde istismara maruz kalmanın, uzun vadede genç suçluluğu, yetişkin suçluluğu ve şiddet suçları ile sonuçlandığını ortaya çıkarmaktadır (Topçu, 2009: 13).

Çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimler ile yetişkinlik döneminde meydana gelen ruhsal sorunların ilişkisine değinen birçok araştırmanın bulunduğu bilinmektedir (Yiğit ve Erden, 2015: 48). Garrison (1987), Hort ve Brassord (1987) gerçekleştirdikleri literatür araştırması sonucunda, doğrudan doğruya ve şiddetli bir duygusal istismar olayı, birçok davranış bozukluklarının çocuklarda görülmesine neden olduğunu ve buna bağlı olarak öğrenme güçlükleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (Kozcu, 1991: 383). Duygusal olarak ihmal ve istismara maruz kalan çocuklar üzerinde gerçekleştirilen on sekiz çalışmanın değerlendirilmesi sonucunda, duygusal olarak kötü muameleye maruz kalan çocukların duygularını ifade etme ve duyguların farkındalığında: duygusal olarak kötü muameleye uğramamış çocuklarla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yetersiz oldukları gözlemlenmiştir (Luke ve Banerjee, 2013 aktaran Üstündağ, 2020: 137). Mullen vd. (1996) intihara başvurma

girişimlerinin fiziksel açıdan istismar olaylarında beş kat artarken, duygusal içerikli istismarda bu oranın 12 kata kadar yükseldiğini ifade etmiştir (Dinleyici ve Şahin Dağlı, 2016: 6).

Fiziksel istismara maruz kalmış çocukların on iki yıl takip edildiği bir araştırmada, istismara uğramış çocukların, istismar deneyimlememiş olan çocuklara göre okul devamsızlığı oranlarının, depresyon, kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve pasif agresif davranış düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha fazla sosyal sorunlar yaşadığı görülmüştür (Lansford, 2002 aktaran Sofuoğlu ve Cankardaş Nalbantçılar, 2018: 6).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda da anksiyete meydana gelebilmektedir. Bununla birlikte uyku yönünden birtakım sıkıntılar, kâbus görmeler, yeni fobiler, fizyolojik şikâyetler ve korkuya yönelik refleksler gözlenmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007: 72).

İstismara uğrayan çocuklarla detaylı bir görüşme gerçekleşmeden ve fiziki muayene yapılmadan gönderildiklerinde, bu çocukların sonraki zamanlarda yaklaşık olarak %5-10'unun cinayete kurban gittiği, %35-50'sinin ise ağır derecede yaralandığı gözlenmiştir (Kara vd., 2004: 149).

Çocuk istismarı konusu çocukların üzerinde bırakmış oldukları etkiler bağlamdan son derece önemli bir konudur. İstismara uğrayan çocuklarda fizyolojik etkilerine ek olarak istismar mağduru çocuğun, güven duygusu sarsılır ve sevgisizliği öğrenir. Bu nedenle anne-babaları ya da çocuklara bakan kişilerce gerçekleştirilen istismar olayları ve ihmal durumları sadece aileleri değil, toplumu da ilgilendirmektedir. Bu nedenle önemli bir sosyal sorun olarak kabul edilmektedir (Altıparmak vd., 2013: 355).

2.4. Çocuk İhmal ve İstismarında Rol Oynayan Etmenler

İstismar ve ihmalin gerek ruhsal ve sosyal gerekse biyolojik incelemelere göre çeşitli nedenleri bulunmaktadır (Polat Külcü ve Karataş, 2016: 49). Barınma sorunları, işsizlik sorunu, madde ve alkol bağımlılığı, aile içi şiddet ve ailede bulunan ruhsal hastalıklar çocuk istismarına yol açabilecek risk etmenlerinin başında gelmektedirler (Ayvaz ve Aksoy, 2004: 27). Bu etmenler 3 başlık altında incelenecek olursa:

2.4.1. Aileden Kaynaklı

Ebeveynlerin çocuklarına ihmal ve istismar uygulamasının nedeni, onların çocuklarına değer vermemeleri ya da onları umursamamaları değil, ebeveynlik becerilerinin yeteri kadar olmamasıdır (Yaşar, 2016: 4). Gerçekleştirilen çalışmalarda

çocuk sayısının fazla olması, işsizlik, anne-babadan birinin üvey olması ya da tek ebeveynlik, ailenin izole bir yaşam tarzı içerisinde olması, ailenin güçlü yönlerinin yetersiz olması fiziksel şiddete neden olan risk faktörleri olarak görülmektedir (Cowen, 1999 aktaran Güler vd., 2002: 129). Fiziksel olarak gerçekleşen istismar ve ihmal olayları için, ebeveyne ilişkin risk etkenlerine ek olarak: ağır psikolojik rahatsızlıklar, madde bağımlılığı, sosyal destek yokluğu, çocuklukta istismara maruz kalması gibi etkenler etkili olabilmektedir (Power, 1990 aktaran Taner ve Gökler, 2004: 82). Ayrıca çocuk annelerin çocukları daha sağlıksızdır. Kötü muameleye maruz kalma olasılıkları daha fazladır. Beslenme sorunu ve yasadışı davranışlarla birlikte, maddi ve manevi açıdan daha düşük bir düzeyde yaşarlar (Turan ve Dokgöz, 2007: 138).

Çocukların davranışları üzerinde ebeveynlerin rolü oldukça fazladır. Çünkü çocuklar gözlemledikleri anne-babalarını rol model olarak alırlar. Onları tekrarlama yoluyla öğrenirler ve onları bu şekilde taklit ederler. Çocukların, ebeveynlerince kötü muameleye maruz kalması, ebeveynleri arasındaki şiddete şahit olması yaşam tarzlarını, aralarındaki bağı etkiler ve kendi çocuklarına kötü muamelede bulunmasına neden olur (Kutlu, 2007 aktaran Dallar Bilge vd., 2013: 28).

İstismar uygulayan ebeveynler çoğunlukla şahsi çıkarlarını çocuklarından üstün görmektedir. Onlara göre çocuklar, birer cinsel obje ve araçtır. Çocuk hakkında çok fazla gerçekçi beklenti içerisine girmezler. Ayrıca sosyal ilişkileri de oldukça zayıf kişiler olarak tanımlanmaktadır (Berkowitz, 2004 aktaran Yıldız vd., 2017: 306). Cinsel içerikli istismarlar aile içerisinde çok fazla görülmektedir. Bu aileler, işlevselliği bozuk aileler olarak da ifade edilmektedir. Bu tarz ailelerde ihmal ve istismara neden olduğu varsayılan çeşitli patolojiler bulunmaktadır (Turan ve Traş, 2016: 44). Gerçekleştirilen çalışmalar sonucu çocuğu kötü muameleye maruz kalmış anneler, diğer annelere göre daha az sorun çözme yeteneğine sahiptir ve sorunların üstesinde gelme yetenekleri düşüktür. Babaların durumuna bakıldığında ise, iletişim becerilerinin yetersiz olduğu görülmüştür (Paradise vd., 1994 aktaran Ünal, 2017: 23).

2.4.2. Çocuktan Kaynaklı

Çocuğun yaşı, cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum sırası, fiziksel engelinin varlığı gibi etkenler çocuğun kötü muameleye maruz kalma riskini artırmaktadır (Ünal, 2008: 15). Planlanmayan veya istenmeyen gebelik ya da evlilik dışı dünyaya gelen çocuk olması gibi durumlarda da ebeveyni ya da bakım veren kişinin çocuğa kötü muamelede bulunduğu görülmektedir (Aral, 1991 aktaran Acehan, 2013: 605). Çocuğun zor karakteristik özellikleri sahip olması ve çocukta bulunan ruhsal hastalıklar bu riski

artırabilmektedir (Dinleyici ve Şahin Dağlı, 2016: 5). Ayrıca huysuzluk yaşayan, devamlı ağlama halinde olan, yemek ve uyku konusunda sorunlu ve ebeveynleri ile ikili ilişkilerde yetersiz olan çocukların ihmal ve istismar edildiği belirtilmektedir (Cüceoğlu, 1998: 379).

Yapılan bir araştırmada: engelli çocukların diğer çocuklara göre daha çok kötü muameleye maruz kaldığı, engel sahibi olan çocuklar içinden ise mental rahatsızlığı bulunan çocukların, diğer engelli olan çocuklardan daha çok duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Bilge ve Baykal, 2010). Fiziksel istismara maruz kalması sebebiyle sosyal hizmet kuruluşlarınca bakım tedbir kararı uygulanan çocukların %9,3'ünde mental, %4,2'sinde ise bedensel engel olduğu verisine ulaşılmıştır (Kutsal, 2004 aktaran Paslı, 2017: 104). Minnesota'da sosyal hizmetler ve eğitim idaresi veri tabanları taranarak gerçekleştirilen bir araştırmada istismar öyküsü olan 10.394 çocuğun % 32'sinin özel eğitim ve rehabilitasyon aldığı, bu çocukların da %73'ünün hafif düzeyde mental retardasyonu olan çocuklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Haigh, 2013 aktaran Yıldırım Sarı vd., 2016: 502).

İstismarcı kişiler ile gerçekleştirilen görüşmeler sonucu, istismarda bulunacakları çocuğun suskun ve içe kapanık kişilik özelliklerine sahip olmasının ve çocuğun ebeveyninin ya da bakım verenin kendisini tanıması ve güven duymasının istismarı kolaylaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Elliot, 1995 aktaran Kaytez vd., 2018: 19).

2.4.3. Çevresel ve Toplumsal Etmenler

Ebeveynlerin sınırlı bir sosyal çevre içerisinde yer alması, arkadaşlarının ve sosyal destek sistemlerinin olmaması ya da çevrelerindeki bireylerle anlaşmazlık yaşamaları birtakım sorunları ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte aile etrafında ortaya çıkan hastalıkların ve yaşanan kazaların, ailede yer alan sistem ve alt sistemler arasındaki uyuşmazlığı etkilediği çocuk ihmal ve istismarına neden olduğu düşünülmektedir (Bilir vd., 1991: 59).

Konu ile ilgili gerçekleştirilen bir çalışmada, özellikle gelişmişlik düzeyi yüksek toplumlarda istismar ve ihmale yol açan etmenler arasında ailenin toplumdan tecriti, düzenli bir ekonomik gelire sahip olmama ve sabit bir adreste ikamet edememe gibi faktörler de gösterilmiştir (Bahçecik ve Kavaklı, 1993:13). Sosyal destekten yoksun olmak ya da bir dereceye kadar sosyal izolasyon içerisinde yaşamak olarak açıklanabilir (Bee ve Boyd, 2009: 245).

2.5. Sağlık Sistemi ve Çocuğun İlişkisi

Çocuk en geniş anlamda insan yavrusu olarak nitelendirilmektedir (İnan;1980;245). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre çocuk sağ ve tam olarak dünyaya geldikten, erişkin yani reşit olana dek küçük sayılmaktadır. Çocukluğun sınırlandırılacağı belirli bir dönem ya da zaman aralığından bahsetmek mümkün değildir. (Polat, 1999;10). Ülkemizde çocuklar açısından en önemli mesele çocukların hâlen bir birey olarak görülmemeleri, bu nedenle bir insan olarak önemsenmemeleri ve dikkate alınmamalarıdır (Polat, 1999; 31). Bu açıdan değerlendirildiğinde dezavantajlı çocuklar aynı zamanda hakları en fazla göz ardı edilen çocuklardır (Şener ve Ocakçı, 2014; 60).

Çocukların hastalıkları kazanım şekline göre iki başlıkta incelenir; kalıtsal hastalıklar ve sonrasında gelişen hastalıklar. Hastalığın ortaya çıkış şekli ve zamanı, çocuğun hastalık esnasında karşılaşacağı ruhsal ve sosyal değişimler açısından farklılıklar gösterecektir (Er, 2006; 156). Tüm bunlara ek olarak sağlık kuruluşlarına farklı sebeplerle müracaat eden hasta çocukların, yaşadıkları aile ve kötü yaşam koşullarının hastalık ve hayat standartlarını olumsuz yönde etkilediği açıkça gözlenebilmektedir (Özbesler, 2013;11). Çocuklar hastanede yatarak tedavi görme sürecinde kaygı, panik, ağrı gibi negatif duygu durumlarıyla karşı karşıya kalabilmekte ve bu olumsuz deneyimler karşısında farklı tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu tepkiler hastalık kaynaklı meydana gelebildiği gibi bazı tepkiler dogmatik olabilmektedir (Yayan ve Zengin, 2018; 227).

Sağlık hizmetleri tabi ki de tıbbi hizmetlerle kısıtlı değildir (Erbaydar, 2002; 309). Bireyin toplumsal açıdan da iyi olması gerekmektedir (Tomanbay, 1999;218). Bireyin bedensel ve ruhsal iyiliğinin devamlılığını ön planda tutan Sosyal Hizmet mesleğinin temelindeki insan hakları ve özgürlüklerini içselleştiren yapısı Türkiye şartlarında karşılığını bulmuştur. Bu sebeple toplumsal değişme sürecinde toplumsal entegrasyonu sağlayıcı sosyal bir uyum ve denge aracı olarak kabul edilen sosyal hizmet mesleği zaman içerisinde kendisini oluşturan tıbbi sosyal hizmet kavrayışının ilerisine ulaşarak makro düzeyde etkili olmuştur (Şeker,2017;16)

Günümüzde başlıca sorun modern tıbbın insanlar hastalandıktan sonra tedavileriyle ilgilenen kriz tıbbına yönelik olmasıdır (Zastrow, 2010; 685). Sağlık sadece hastalık ya da fiziksel yeti yitimi olması durumu değil bedensel, ruhsal ve sosyal bir iyilik halidir (Erbaydar, 2017; 45). Hastalık ve sağlık birbiriyle bağlantılı olup, aralarındaki sınırı belirlemek oldukça güçtür. Çeşitli psikososyal etkenler hastalığa neden olabileceği gibi hastalık sonucunda da bu tür problemler meydana gelebilir

(Duyan, 1996;5). Gerçekleştirilen araştırmalar göstermektedir ki, bedensel hastalıklar bireyin ruhsal durumundan etkilenmektedir (Yalom, 1980; 425). Bu nedenle kamusal sağlık hizmetinin odak noktası temel olarak önleyiciliktir (Zastrow, 2010; 683)

Küçük bir bebek için beslenme, gözetim ve bakım birinci derecede önem taşıyan gereksinimlerdir. Bebeğin yaşaması, bedensel ve psikolojik sağlığının iyi olması şüphesiz bu gereksinimlerinin yerine getirilmesiyle meydana gelmektedir (Turan, 2012; 99). Sağlıklı olmak yaşamın sürdürülmesinde ana etmendir. Hastalıklı bir çocuğa veya yetişkine en iyi hayat standartları sunulsa da, bu olanaklardan faydalanmaları mümkün olmayabilir (Gültekin ve Baran, 2005; 2).

Gelişim hayat boyu devam eden komplike bir yapıdır (Özbek ve Miral, 2003; 321). Günümüz ailesinde küçüğün kişiliğinin gelişmesi yönünden ebeveynlerin üzerine düşen görev geçmişe oranla daha fazladır. Çocuk sağlığı ve bakımı, ilgi, itina ve özveri gerektirir. Bundan ebeveyn kadar toplum da mesuldür. Devlet, görevini bebek ve çocuk takiplerinin niteliğini artırarak, standartlarını belirleyerek ve uygulanmasını sağlayarak icra eder (Oruç ve Öztürkler, 2013; 21). BM Çocuk Hakları Sözleşmesinin 24. Maddesi temel koruyucu sağlık bakımı, halk sağlığı eğitimi ve bebek ölüm oranının azaltılmasına özel bir vurgu yapmaktadır (Shuder, 2004; 46). Çocuk ölümlerinin azaltılması yalnız sağlık hizmetlerinin değil, toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesine bağlıdır (Yurdakök, 2005; 205). Çocuğa yönelik ihmal ve istismar her türlü sosyoekonomik ve sosyokültürel sınıfta görülebilmekle birlikte, vakalar ve çalışmalar bazı durumların çocuğa yönelik kötü muameleyi artırdığını göstermiştir. Ebeveynler arasındaki iletişim problemleri, aile içi çatışmalar çocukların fiziksel, psikolojik ve cinsel açıdan gelişim döneminde kaymalara ve çocukta nevrozlara neden olabilmektedir (Öneş, 1972; 211).

Yaşam standartları düşük aileler, çeşitli ailesel ve çevresel nedenlerden kaynaklı olarak dezavantajlı olduğu düşünölen çocuklara müdahale etmek isteyen profesyonellerden gereksinimlerinin önceliği konusunda farklı düşünebilir. Bu tarz ailelerdeki anne babalar profesyonellerle ailelerinin gereksinimleri konusunda ortak bir noktada buluşamayabilirler, bu nedenle de profesyoneller ebeveynlerin self determinasyon olarak adlandırılan kendi kaderini tayin hakkıyla çocuğun üstün yararı arasında etik ikilemde kalırlar (BoydWebb, 2011;79)

Bir çocuğun bedenindeki yara berelerin oyun oynarken veya kazayla meydana gelmesi mümkündür. Tabi ki vücudun birden fazla yerinde olan, tekrarlayan ve meydana geliş biçimiyle ilgili yapılan açıklamayla uyuşmayan yaralanmalar olması halinde daha etraflıca bir inceleme gerçekleştirilmeli ve çocuk yakından takip

edilmelidir (BoydWebb, 2011; 405). Unutulmamalıdır ki her hayvan, en eviği ve en hafifi bile geçtiği yerin üzerinde izler bırakır (neş, 1972; 59)



3. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK MÜDAHALELER

3.1.Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Müdahalelerde Kuramların Rolü

3.3.1. Sosyal Öğrenme

Bireyin cinsel ve psişik kimliğı doğuştan değil hayatı süresince etkileşim içerisinde olduğu etmenler tarafından meydana gelmektedir (Kurtay ve Kurtay, 2020;203). Bu etmenlerden en önemlisi aile içi iletişim ve aile içi dinamiklerdir. Anne-babalar küçükler için rol model olarak sosyalizasyonunu sağlar. Anne-baba rol model olarak çocuğun davranışlarını sosyalleşmesine olanak sağlarken, çocuklar da anne-babaların eylemlerini etkilemektedir. Öyle ki anne-babasının saldırganca hareketleri çocuk için saldırganlık modeli oluşturur (Aydın, 1997;89-90). Şiddet eğilimli annelerle gerçekleştirilen bilimsel araştırmalara göstermektedir ki, annelerin çocuklarına karşı ihmal ve istismar davranışlarında bulunmalarının temel nedeni küçüklüklerinde kötü muameleye maruz kalmaları ve bundan kaynaklı olarak kendi annelerini içselleştirmeleridir (deMause, 2020; 219)

3.1.2. Ekolojik Model

Sorunlar, birey ile çevre arasında ortaya çıkan uyumsuzluklar sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Turan, 2012; 319). Bu sebeple ekolojik yaklaşımda kişi ve/veya kişiler dâhil oldukları çevre ile kurdukları etkileşimleri sonucu ayak uyduran ve gelişim gösteren canlılar olarak değerlendirilir. Çevresi içerisinde birey ekolüyle ilerlemesi sebebiyle ekolojik model hem içsel hem de dışsal faktörleri inceler (Duyan vd., 2008; 52).

Çocuklar fiziksel, biyolojik ve sosyal çevreden en çok etkilen önemli bir çalışma grubudur (Güler ve Çobanoğlu, 1994; 11). Günümüzde mutlu ve üretken bir hayat süren çoğu birey yorucu ve meşakkatli koşullarda yetişmektedir. Bu bireyler suç oranı yüksek sorunlu bir fiziksel ve sosyal ortamda büyütölmüş, ebeveyni ya da bir akrabası ya da bir başkası tarafından istismar ve ihmal edilmiş; devlete bağılı kurum ya da kuruluşlarda kalmış olabilir (Zastrow, 2010;13). Aynı zamanda çocuğun kişisel gereksinimleri mikro düzeyde incelenmeden yalnızca aileyle birlikte çalışmak, senelerce ihmal ve/veya istismara maruz kalan kişilerde meydana gelen bağlanma sorunlarını çözemez (BoydWebb, 2011; 298). Bu nedenle sosyal ve siyasi akımlar, sağıık hizmetlerinin

sadece hasta bireylere değil, tüm topluma eşit olarak ulaştırılması ve bireyin çevresi ile birlikte ele alınması fikrini savunmaktadır (Afşar Çelik, 2005; 5).

3.1.3. Psikolojik Model

Yaşadığımız günün her anı, görünüşte unutulmuş bir geçmişin gölgesi altında kalır (Öneş, 1972; 55). Geçmişte meydana gelen sorunlar, kişinin günümüzde yaşamını olumsuz yönde etkilediği zaman önem kazanırlar ve araştırılırlar. Ancak geçmişte olup bitenlere müdahale etme gibi bir imkân bulunmamaktadır. Ama onların tesir ettiği duygu, düşünce ve davranışlar yatıştırılabilir ve tedavi edilebilir (Turan, 2012; 255).

Bu konuda gerçekleştirilen araştırmalarda çocuklarını istismar eden ebeveynlerin onlara karşı realist olmayan beklentilerde bulundukları, yerine getirilmemiş bağımlılık gereksinimlerinin olduğu ve kendilerinin de çocukluk zamanlarında ihmal ve istismara maruz kaldıkları düşünülmektedir (Polat, 2001; 33). Çocukken cinsel, fiziksel, duygusal olarak istismara uğrayan ve ihmal edilen bir ebeveyn, kendi çocuğuna şefkat ve merhamet göstermesini beklemek zordur. Ebeveynler de insandır ve tarihte çoğu birey küçükken bağlanma sorunu yaşadıkları, özel bölgelerine yönelik kötü davranışlarda bulundukları, şiddete maruz kaldıkları, cinsel olarak sömürüldükleri ve duygusal olarak istismara maruz kaldığı için ebeveyn olarak çocuklarının sevgi dolu bakım verenleri olmamaları pek şaşırtıcı değildir (deMause, 2020; 59)

3.1.4. Psikiyatrik Model

Psikiyatrik sosyal hizmet; zihinsel ve psikolojik sorunları sebebiyle psikiyatrik müdahale çerçevesinde değerlendirilmesi gereken birey ya da bireylerin; sosyal uyumsuzlukları ve gereksinimleri üzerine odaklanan bir işlev bir görevdir (French, 1948 aktaran Özdemir, 2019; 60)

Çocukluklarında istismara uğrayan bireyler maruz kaldıkları cinsel istismarın meydana getirdiği psikolojik nevrozları bastırırlar. Ama bu kişiler hayatları boyunca diğer bireylerle etkileşim içinde olmakta ve ikili ilişkiler kurmakta zorlanırlar çünkü cinsel istismara maruz kalan çocuklar yetişkin bir birey olduklarında güven sorunu yaşamaktadırlar (Zastrow, 2010; 295)

Harvard Akıl Sağlığı Yazısına göre (Çocuk İstismarı, 1993), cinsel veya fiziksel istismar mağduru çocuklar ve yetişkinlere nasıl davranılacağına yönelik kabul görmüş bir davranış kalıbı bulunmamaktadır. Semptomların, değişkenlik göstermesinden kaynaklı olarak çeşitli psikoterapi ve ilaç tedavisi gerekebilmektedir. (BoydWebb, 2011; 425)

3.1.5. Sosyolojik Model

Sosyolojik modelde ise psikiyatrik modelin tersine toplumsal değerler, toplumsal kurumlar, kültürel yapı, aile yapısı ve sosyoekonomik durum istismarın ortaya çıkmasında etkili olan nedenler olarak kabul edilmektedir (Kurtay ve Kurtay, 2020; 178).

Psikopatolojinin aileden çocuğa aktarılışında hem çevre hem de kalıtsal etmenler tesir etmektedir. Parçalanmış aile olmak, aile içi iletişim bozuklukları, aile içi dinamiklerde bozulmalar, ailede psikolojik sorunlar gibi çevresel etkiler ile çocuklukta psikolojik rahatsızlıkların varlığı arasında bir bağlantı olduğu ileri sürülmektedir (Yöntem Fidan, 2011; 2). Bu açıdan çocuğun korunması, desteklenmesi ve üstün yararının sağlanmasına yönelik farkındalıklar direkt sosyoekonomik sınıf ve aileyle ilgili olduğu öne sürülmektedir (Zastrow, 2010;687)

Aile içi sorunlar yaşayan, aile sistemi tam olarak oturmamış ailelerde büyüyenlere ne olmaktadır? Herkes bu tür ailelerde dünyaya gelen ve büyüyen çocukların aileden ayrılma sürecinde daha istekli ve gayretli olacağını düşünmektedir. Ancak aksi gerçekleşmektedir. Aile sistemi ne kadar düzensiz ve alt sistemler ve üst sistemler arasındaki çatışma ne kadar büyükse, aile içi roller ne kadar karmaşıksa bireylerin aileden ayrılma ihmali o kadar düşüktür. Çünkü ayrılmak için kişi o bilgi ve beceriye sahip değildir. Dışlanma korkusuyla ailelerine daha da bağımlı hale gelirler (Yalom, 1980; 619).

3.2.Çocuk İhmal ve İstismarını Önlemeye Yönelik Müdahale Basamakları

Çocuk ihmal istismarında önleme iki sebeple önem arz etmektedir. Birincisi, çocuk ihmal ve istismarı meselesine insancıl yaklaşım bunu gerektirir. İkincisi ise, yerinde ve zamanında müdahale ile çocukların evden kaçmalarının, okulda problemler yaşamalarının, suça sürüklenmelerinin ve madde bağımlısı olmalarının, önemli ölçüde psikolojik ve gelişimsel bozukluklardan zarar görmelerinin önüne geçmiş olunur (Şirin, 2007; 93).

15. yy İtalya’da ebeveyn ensesti ve anne-babaların erkek çocuklarını cinsel ilişki için para karşılığında pazarlamasından 1900’lü yıllarda İngiltere’de bulaşıcı hastalıklarının iyileşmelerinin tek çözümünün çocuklarla cinsel birliktelik yaşaması gerektiğini savunan pedofililere kadar, çocuklara yönelik kötü muameleye çok az müdahale edilmiş ve bu suçlar nadiren cezalandırılmıştır (deMause, 2020; 307). Çocuğa yönelik kötü muamelenin önlenmesinde en etkili yöntemler Türk Ceza Hukukunda yer almaktadır (Akkaş, 2021;91). 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından

kabul edilen ve 27 Ocak 1995 yılında Türkiye’de yürürlüğe giren BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, günümüzde çocukların ihmal ve istismardan korunmasında önemli bir yere sahiptir (Derin ve Öztürk, 21; 50). İhmal ve istismara uğrama riski bulunan ya da kötü muamele görmüş çocuklara yönelik koruyucu ve destekleyici tedbirler de Çocuk Koruma Kanunu ile yasalaştırılmıştır (Özdemir ve Asil,2021;3)

Çocuğa yönelik kötü muameleyle mücadelede önleme çalışmaları üç aşamalı olarak gerçekleştirilmektedir.

3.2.1. Birincil Koruma

Bir ülkenin yaşam kalitesi, o ülkede yaşayan çocukların refah seviyeleri ile paralellik göstermektedir (Polat, 1999;32). Refah seviyesini belirleyen en önemli etmen de çocukların fiziksel ve ruhsal olarak tam iyilik halinde olmalarıdır. Günümüzde sağlık sisteminde çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme uygulamalarının yer alması çocuk sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bunun temel nedeni bireyin uygulanacak tıbbi müdahale yönelik bilgi sahibi olma, tedavi sürecine etkin olarak katılabilme ve kendi geleceğini tayin edebilme hakkına sahip olmasıdır (Çınar vd., 2018; 27)

Toplum, sorumluluğunun farkında olarak problemleri çözmek için bir şeyler yapmak, olaylara ve toplumsal sorunlara müdahale edilmesi gerektiğini düşünmek ve harekete geçmek zorundadır. Yalnızca o zaman güvenilir ve sorumluluğunun farkında bir toplum olma özelliği kazanılabilir

1960’lı yıllar öncesinde kısmen ailenin gizli bir kurum ve özel bir alan olarak görülmesi nedeniyle aile içi şiddet, ihmal ve istismar dikkat çekmemekteydi. Aile sisteminde var olan bu sorunlar yalnızca ailede yer alan bireyleri ilgilendiren bir durum olarak görülürdü. Ama son 40 yılda bu durum değişti ve toplumsal sorunlara yönelik farkındalıklar gelişti (Zastrow, 2010;270)

Çocuklara yönelik kötü muameleyi, ebeveynlerin çocukların poposuna şamar atmasını dahi onaylamayan cezaları yürürlüğe sokan- Amerika da dahil Avrupa, Afrika ve Asya’daki- 36 ülkede gelişen çocuk yetiştirme uygulamalarının olumlu sonuçları alenen görülmektedir. Bu uygulamalara göre anne-babalar, çocuklarına şiddet uyguladıkları için ağır cezalarla cezalandırılmamakta, aksine terapötik görüşme gerçekleştirmek ve ebeveynin çocuk yetiştirme konusundaki becerilerini artırmak amacıyla hane ziyaretleri gerçekleştirilmektedir (deMause, 2020; 365-366).

Sağlık çalışanları tarafından da gerçekleştirilen hane ziyaretleri esnasında ailenin ihtiyaçlarını belirlemek, anne-babaya ve çocuğa yönelik risklerin tespiti ve var olan

risklere yönelik psiko-sosyal ve sosyoekonomik müdahalelerin gerçekleştirilmesi konusunda aileye destek olmak da birincil koruma kapsamındadır (Turhan vd., 2006;156).

3.2.2. İkincil Koruma

Çocuklara yönelik kötü muamelenin gerçek boyutları tam olarak tespit edilememektedir. Kesin sonuçların elde edilmesi iki nedenle gerçekleştirilememektedir: toplumun ve toplumsal sorunların çözümünde yer alan profesyonellerin riskli durumların üzerine gitmemesi ve ihmal ve istismara maruz kalan çocukların uğradıkları kötü muameleyi konuşmamalarıdır (Zastrow, 2010; 277)

Çocuklara yönelik kötü muamele suçunun çeşitli sebeplerden kaynaklı olarak çoğu zaman gizli kaldığı ve bu nedenle istismarcının hak ettiği cezayı almadığı gerçeği göz önüne alındığında, çocuklara yönelik ihmal ve istismar suçuyla mücadelede en temel husus bu suçla ilgili en ufak şüphe, delil ya da itiraf gibi çeşitli bilgilere sahip olan ya da ulaşan profesyonellerin bu durumu yetkili mercilere bildirmesidir (İltaş ve Işık-Yılmaz, 2021; 107).

Bildirim sonrasında adli sürecin en kısa sürede başlatılması hem ihmal ve istismara maruz kalan çocukların hak ve adalet duygularının gelişmesi hem de başka çocukların olası istismarlardan korunması açısından önemlidir (Kurtay ve Kurtay, 2020; 221). Çünkü yargı bir sosyal denetim aracıdır (Duyan vd., 2008;188)

3.2.3. Üçüncül Koruma

Tüm dünya da insanların nevrozları, psikolojik sorunları ve ruhsal bunalımlarından kaynaklı şiddetli duygularını değiştirmek, şüphesiz zor ve uzun yıllar alabilecek bir süreçtir. Lakin tarihin tekrarlanmasına gerek yoktur. Sadece erken travmalar tekerrür talep eder (deMause, 2020; 377). Bu amaçla sosyal hizmet uzmanları ve profesyoneller çocuğa yönelik kötü muamele şüphesinin ardından çocuğun hem bedensel hem de psikolojik olarak iyilik halinin sağlanması ve toplumsal entegrasyonu için terapötik çalışmalar gerçekleştirirler. Bu çalışmalar sorunun varlığı ve boyutuna göre mikro, mezzo ve makro düzeylerde olabilir (Shuder, 2004; 75). Hangi düzeyde olursa olsun tüm bu çalışmalar üçüncül koruma kapsamında değerlendirilmektedir.

3.3. Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bireysel ve Kurumsal Yükümlülükler

Tomanbay (1999)'a göre çocuğa kötü davranma, çocukla farkına varmadan ya da bilerek, onun bedensel, ruhsal, sosyal yapısında zararlara ve bozulmalara yol açacak biçimde iletişim kurmak ve sürdürmektir (Tomanbay, 1998). Çoğu zaman bugün sorun olan vakalar, son çöküntüden yıllar önce belirti vermiş, hatta fark edilmişlerdir. O zaman durumu gören ya da hisseden birçok kişi veya kurum yetkili mercilerden haberdar olmamış, müdahale için gerekli girişimlerde bulunmamış veya bulunamamıştır. Hoş olmayan her şeyin üzerinden bakışlarınızı çabucak çeviriniz, her zaman hiçbir şey görmüyormuş gibi yapınız: 19. yy ahlak yasası kısaca budur (Öneş, 1972; 13).

Anayasanın 5,17 ve 56. Maddelerinde yer alan kuralların dayandığı temel ilke, kişilerin devletçe her türlü zarardan korunmaları gerekliliğidir (Duyan vd., 2008; 10). Bu amaçla kötü muamele mağduru çocukla derinlemesine görüşmeler ve ailesi hakkında sosyal incelemeler gerçekleştirmek ve bu doğrultuda müdahaleler gerçekleştirmek gerekir. Ancak çocuk ihmal ve istismarında çocuklarla bireysel görüşmeler çoğunlukla çocuk tarafından herhangi bir eylemle başlamaz. Farklı kaynaklardan yararlanılır. Bu kaynaklar çeşitli meslek grupları ya da profesyoneller olabilir. Doktorlar, öğretmenler ve diş hekimleri de dâhil olmak üzere profesyoneller, yasa gereği herhangi bir çocuğa yönelik kötü muameleyi yetkili mercilere bildirmek ve bunu raporlaştırmak zorundadır (Kadushin ve Kadushin, 2013; 298).

Çocuk Koruma Kanununun 6. Maddesinin 1. Fıkrasına göre; adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kurumları, sivil toplum kuruluşları korunmaya ihtiyacı olan çocuğu aile ve sosyal hizmetler bakanlığına bağlı kurum/kuruluşlara bildirmekle yükümlüdür (Gürel,2020;26). Ancak göstermektedir ki çocuk ile ilgili çalışan sivil toplum kuruluşlarının çevre ve kadın sorunları ile ilgili çalışan kuruluşlara göre yeterince organize olamadıkları dikkat çekmektedir (Polat, 1999;35)

Kamu çalışanları arasında çocuğa yönelik kötü muameleyi bildirenlerin başında rehber öğretmenler gelmekte, sağlık ve sosyal hizmet çalışanları ise ender olarak yetkili makamlara bildirimde bulunmaktadır (Kesler, 2021;97)

Sağlık profesyonelleri tarafından şüpheli ihmal ve istismar vakalarının bildirimi çeşitli ülkelerde yasal olarak zorunludur (Paslı, 2017; 94). Ülkemizde de çocuk ihmal ve istismar konularında etkili bir şekilde etkin mücadele verebilmek adına için ihtiyaç duyulan yasal düzenlemeler yapılmış, çocuğa yönelik fiziksel ve cinsel şiddet içerikli

istismar eylemlerine ek olarak ihmal de Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak nitelendirilmiş, çeşitli hukuki düzenlemeler şeklinde sağlık alanında çalışanlara, kamu kurum ve kuruluşlarında görevli olanlara ve bütün insanlara bildirim zorunluluğu getirilmiştir (Özdemir ve Asil, 2021; 3).

Bir suçu işleyen veya bu suça yardım ve yataklık eden kişi/kişilerin gerçekleştirmiş oldukları suçu bildirmesi faillerden beklenen bir hareket değildir. Bu sebeple bu kişilerin gerçekleştirdikleri ve faili oldukları bir suçu yetkili mercilere bildirmemesi hukuki olarak cezalandırılması gereken bir davranış olarak görülmemektedir (Akkaş, 2021; 102). Buna ek olarak gerçekleştirilmekte olan ya da gerçekleştirilmesine yardım edilmiş bir suçu yetkili mercilere bildirmeyen herkes suçun fail olabilir (Ünver, 2012; 278)

Ceza bir toplumda bozulmuş bir dengeyi ve sükûneti tekrar sağlamayı hedefler (Picca,1992;45). TCK ya göre hukuki yaptırımlar sadece çocuğa yönelik kötü muameleyi gerçekleştiren istismarcılara uygulanmaz. Yasaya göre aynı zamanda çocuğa yönelik ihmal ve istismardan haberdar olan ya da bireylerin de sorumlulukları ve yükümlülükleri vardır (Derin ve Öztürk, 2021; 51). Sorumluluğun birçok tanımı mevcuttur. Güvenilir, emniyet edilir kişiler sorumluluk sahibi olarak adlandırılır. Sorumluluk aynı zamanda kanuni, ekonomik veya ahlaki sorumluluğu da ifade etmektedir (Yalom, 1980; 341). Çocuklarla çalışma gerçekleştiren ya da iş yükümlülüğü gereği birebir iletişimde bulunan sağlık personellerinin görev ve sorumlulukları büyüktür. Olağan durumlar dışında gerçekleşen vakalarda var olan tıp ve sağlık bilgisine ek olarak yapılması gereken iş ve işlemler ya da sorumluluk çerçevesi hakkında bilgi sahibi olmak çok önemlidir (Gözübüyük vd., 2015; 324).

Sağlık mesleği mensuplarının bir suçun işlendiğini öğrenmesi durumunda nasıl hareket etmesi gerektiği TCK m.280 de ayrı bir suç türü olarak düzenlenmiştir. Buna göre;

(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (Akkaş, 2021;108).

Kanun metninde adı geçen sağlık hizmeti veren kişiler ise; doktorlar, hemşireler, ebeler, sağlık memurları ve hasta bakıcılarıdır (Aydın, 2014;43).

Hekimin çocuğa yönelik ihmal ve istismarı içeren fiziki belirtilerle karşılaşması ve bu belirtilerden şüphelenmesi durumunda ilk olarak bildirim yükümlülüğünü gerçekleştirmesi beklenmeyip öncelikle tıbbi müdahalede bulunması ve müdahale

sonrasında vakit kaybetmeksizin bildirimi gerçekleştirmesi gerekmektedir (Kocasakal, 2017; 203).

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının ve çocukla çalışan uzman personelin istismar, ihmal ve aile içi şiddet vakaları ile oldukça sık karşılaştıkları ve bu olayların yönetimi açısından daha çok bilgiye ve beceriye ihtiyacı oldukları ifade edilmiştir. (Kurt ve Gün, 2017; 66)



4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

4.1.Araştırma Hipotezleri

1. Hipotez

Hekimlerin sosyodemografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, mesleki deneyim süresi, çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşma durumu, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim döneminde çocuk ihmal ve istismarı hakkında eğitim alma durumu, meslek yaşamında çocuk ihmal ve istismarı hakkında eğitim alma durumu, mesleğini gerçekleştirirken çocuk ihmal ve istismarını göz önünde bulundurma durumu) özellikleri açısından çocuk ihmal ve istismarını tanılama konusundaki farkındalık düzeyleri değişkenlik göstermektedir.

2. Hipotez

Hekimlerin çalıştıkları kurumlardaki deneyimleri ve çocuk ihmal ve istismarına yaklaşımlarına göre çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki farkındalık düzeyi farklılık göstermektedir.

3. Hipotez

Hekimlerin çocuk ihmal ve istismarı hakkında eğitim alma durumuna göre “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıkları farklılık göstermektedir

4. Hipotez

Hekimlerin çalıştıkları birim ve/veya kuruma göre çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumları farklılık göstermektedir.

4.2.Evreni ve Örneklemi

Araştırma Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü, Müdürlüğe bağlı Gümüşhane Devlet Hastanesi, Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Merkez Toplum Sağlığına Bağlı Aile Sağlığı Merkezleri, 112 Acil Komuta Merkezi, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Torul Devlet Hastanesi’nde uzman doktor, aile hekimi, idareci ve pratisyen hekimlere yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Gümüşhane İlinde görev yapmakta olan hekimler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında evrenin ulaşılabilirliği dikkate alınarak karma yöntemle 68 hekim örneklem olarak seçilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği 15.12.2021- 15.02.2022 tarihleri arasında 68 hekime ulaşılarak anket uygulanmıştır.

4.3. Araştırmaya Alınma Kriteri

1. Araştırmanın gerçekleştirildiği tarihte Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kurum ve kuruluşlarda hekim olarak aktif görev yapıyor olmak.
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmaktır.

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın evreni Gümüşhane İlinde görev yapan hekimlerden, örnekleme ise mesai ve çalışma koşulları nedeniyle araştırmaya katılmayı kabul eden 68 hekimden oluşmaktadır. Ayrıca araştırma Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı kurum/kuruluşlar ile sınırlıdır. Etik nedenler ve daha önceki çalışmalar nedeniyle araştırma Gümüşhane'deki hekimlerle sınırlı tutulmuş diğer sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir.

4.5. Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Demografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde cinsiyete göre katılımcıların %48.5'inin kadın, %51.5'inin erkek olduğu; katılımcıların %44.1'inin 30 ve altı yaş, %38.2'sinin 31-40 yaş, %17.6'sının 41 ve üzeri yaş olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %44.1'inin bekar, %55.9'unun evli olduğu; %38.2'sinin çocuğunun olduğu, %61.8'inin çocuğunun olmadığı belirlenmiştir. Meslek bakımından katılımcıların %25'inin aile hekimi, %22.1'inin uzman doktor, %20.6'sının diş hekimi, %32.4'ünün pratisyen hekim olduğu; eğitim durumu bakımından %77.9'unun lisans, %22.1'inin doktora mezunu olduğu; çalışılan kurum bakımından %38.2'sinin aile hekimliği, %41.2'sinin Gümüşhane Devlet Hastanesi, %5.9'unun 112, %14.7'sinin ise Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde görev yaptığı belirlenmiştir. Çalışılan birim bakımından katılımcıların %13.2'sinin Aile Sağlığı Merkezi, %41.2'sinin acil, %39.7'sinin sağlık hizmetleri, %5.9'unun komuta biriminde çalıştığı; çalışma yılı bakımından %26.5'inin 1-5 yıl, %35.3'ünün 6-10 yıl, %10.3'ünün 11-15 yıl, %27.9'unun ise 16 ve üzeri yıl olduğu belirlenmiştir.

4.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada “Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-A)” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (Ek-B)” kullanılmıştır.

4.6.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik (yaş, meslek, medeni durum vb.) bilgilerini almak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu katılımcılara uygulanmıştır. Toplam 16 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formunda katılımcının yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, mesleki deneyim süresi, öğrenim hayatında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumu, meslek yaşamı süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumu, eğitim almışsa aldığı eğitimi yeterli görme durumu, çalıştığı kurumda “çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik prosedür/talimat varlığı hakkındaki bilgi durumu, mesleğini gerçekleştirirken “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulundurma durumu, son bir yılda “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaşma durumu, mesleğini gerçekleştirdiği esnada “çocuk ihmal ve istismarı”ndan şüphelenmesi durumunda izleyeceği yol, “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında kendini yeterli görme durumu ve “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim almak isteme durumuna ilişkin sorulara yer verilmiştir. (Bkz. Ek-A)

4.6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”

Uysal(1998) tarafından geliştirilen “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” 6 alt grup ve 67 maddeden oluşan “likert tipi” bir ölçektir (Uysal, 1998).

Ölçeğin alt grupları;

1. “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (19 Madde)”
2. “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler (15 Madde)”
3. “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (7 Madde)”
4. “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (12 Madde)”
5. “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (6 Madde)”
6. “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (8 Madde)” şeklindedir.

Ölçekte bulunan her maddede “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” şeklinde 5 dereceli yanıt seçenekleri bulunmaktadır.

Ölçekte yer alan “1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67” numaralı sorulara “hiç doğru değil” yanıtı için 1 puan, “pek doğru değil” yanıtı için 2 puan, “kararsızım” yanıtı için 3 puan, “oldukça doğru” yanıtı için 4 puan, “çok doğru” yanıtı için ise 5 puan verilmiştir.

Ölçekte yer alan “3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 54, 56, 59, 61, 63” numaralı sorular ise negatif doğrultuda düzenlenmiş ve “çok doğru” yanıtı için 1 puan, “oldukça doğru” yanıtı için 2 puan, “kararsızım” yanıtı için 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı için 4 puan ve “hiç doğru değil yanıtı için” 5 puan” verilmiştir. Puan ortalamaları hesaplanan katılımcıların ölçekte yer alan tüm soruları doğru olarak yanıtlaması halinde puan ortalamasının 5 olması beklenmiştir.

Ölçek genel ortalaması ve alt ölçek ortalamasının 5’e yaklaşması soruları doğru yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladığını göstermektedir

Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan katılımcının 335 tam puan alması gerekmektedir.(Bkz. Ek-B)

4.7. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında tüm hekimlere çalışma saatlerinde, görev yaptığı birim, aile sağlığı merkezi ve diğer kurum/kuruluşlarda araştırmacı tarafından ulaşılmış ve hekimlere anket ve çalışma hakkında ön bilgilendirme yapılmıştır. Bu aşamada araştırma için gerekli izinlerin (etik kurul izni, kurum izni) alındığı ve araştırmadan sağlanan verilerin gizli kalacağı belirtilmiştir. iki aşamalı olarak “Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-A)” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (Ek-B)”i içeren anket formu fiziki olarak kendilerine verilmiş ve çok uzun bir süre olmayacak şekilde doldurdukları zaman araştırmacıya iade etmeleri istenilmiştir.

4.8. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi açısından nicel veri analiz yöntemine başvurulmuştur. Bu kapsamda ulaşılan veriler SPSS20.4 veri analizi programı ile analiz edilmiştir. Analizlerde verilerin normallik dağılımları incelenmiş normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin değişkenlere göre incelenmesinde yüzde ve frekans dağılımları, bağımsız örneklem t testi, ANOVA testi ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Analizlerde veriler %95güven aralığı kullanılarak test edilmiştir.

4.9. Etik Konular

Araştırmada kullanılmak üzere “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”in kullanılabilmesi için Prof. Dr. Aynur Uysal Toraman’dan “Ölçek Kullanım İzni ” alınmıştır. “Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu”ndan09/11/2021 tarih ve 2021/7sayılı etik

kurul onayı alınmıştır. Çalışmanın Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı kuruluşlarında yürütülmesi için “Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü”nden kurum izni yazılı olarak alınmıştır.



5. ARAŞTIRMA BULGULARI VE YORUMLANMASI

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	33
	Erkek	35
Yaş	30 ve altı yaş	30
	31-40 yaş	26
	41 ve üzeri yaş	12
Medeni Durum	Bekar	30
	Evet	38
Çocuk Durumu	Evet	26
	Hayır	42
Meslek	Aile Hekimi	17
	Uzman Doktor	15
	Diş Hekimi	14
	Pratisyen Hekim	22
Eğitim Durumu	Lisans	53
	Doktora	15
Çalışılan Kurum	Aile Hekimi	26
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28
	112	4
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10
Çalışılan Birim	Aile Sağlığı Merkezi	9
	Acil	28
	Sağlık Hizmetleri	27
	112	4
Çalışma Yılı	1-5 yıl	18
	6-10 yıl	24
	11-15 yıl	7
	16 ve üzeri yıl	19
	Toplam	68
		100.0

Demografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde cinsiyete göre katılımcıların %48.5'inin kadın, %51.5'inin erkek olduğu; katılımcıların %44.1'inin 30 ve altı yaş, %38.2'sinin 31-40 yaş, %17.6'sının 41 ve üzeri yaş olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %44.1'inin bekar, %55.9'unun evli olduğu; %38.2'sinin çocuğunun olduğu, %61.8'inin çocuğunun olmadığı belirlenmiştir. Meslek bakımından katılımcıların %25'inin aile hekimi, %22.1'inin uzman doktor, %20.6'sının diş hekimi, %32.4'ünün pratisyen hekim olduğu; eğitim durumu bakımından %77.9'unun lisans, %22.1'inin doktora mezunu olduğu; çalışılan kurum bakımından %38.2'sinin aile hekimliği, %41.2'sinin Gümüşhane Devlet Hastanesi, %5.9'unun 112, %14.7'sinin ise

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde görev yaptığı belirlenmiştir. Çalışılan birim bakımından katılımcıların %13.2'sinin Aile Sağlığı Merkezi, %41.2'sinin acil, %39.7'sinin sağlık hizmetleri, %5.9'unun 112 biriminde çalıştığı; çalışma yılı bakımından %26.5'inin 1-5 yıl, %35.3'ünün 6-10 yıl, %10.3'ünün 11-15 yıl, %27.9'unun ise 16 ve üzeri yıl olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.Katılımcıların çocuk istismarına ilişkin bilgileri

Çocuk İstismarına Yönelik Özellikler		n	%
Çocuk İstismarı Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	44	64.7
	Hayır	24	35.3
Bilgi Alma Süresi	1-5 saat	28	63.6
	6-10 saat	11	25.0
	11 saat ve üzeri	5	11.4
Çocuk İstismarı ile İlgili Seminere Katılma Durumu	Evet	30	44.1
	Hayır	38	55.9
Mesleğe Başladıktan Sonra Eğitim Alma Durumu	Evet	15	22.1
	Hayır	53	77.9
Evet İse Nereden Alındığı	Müdürlük	13	86.7
	Üniversite	2	13.3
Eğitim Alma İsteği	Evet	55	80.9
	Hayır	13	19.1
Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismarı ve ihmalini de aklınızda bulundurur musunuz?	Evet	65	95.6
	Hayır	3	4.4
Meslek hayatınızda herhangi bir çocuk istismarı ve ihmal vakası ile karşılaştınız mı?	Evet	16	23.5
	Hayır	52	76.5
Yanıtınız evet ise bu durumda ne yaptınız?	Adli Vaka Kaydı Yaptım	16	100
	Evet	66	97.1
Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?	Hayır	2	2.9
	Savcılık, Müdürlük	34	52.9
Cevabınız evet ise nereye bir bildirim yaparsınız?	Polis	32	47.1
Cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?	Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için	1	50.0
	Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için	1	50.0
Size göre toplumda en sık karşılaşılan çocuk istismar türü hangisidir?	Fiziksel İstismar	14	20.6
	Duygusal İstismar	25	36.8
	İhmal	29	42.6
Çalıştığınız kurumda çocuk istismar ve ihmaline yönelik talimat yada prosedür var mı?	Evet	9	13.2
	Hayır	12	17.6
	Bilmiyorum	47	69.1

Tablo 2. (Devamı)

Çocuk İstismarına Yönelik Özellikler		n	%
Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik eğitim aldınız mı?	Evet	5	7.4
	Hayır	63	92.6
Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda yasal yükümlülüklerinizin neler olduğunu biliyor musunuz?	Evet	19	27.9
	Hayır	49	72.1
Siz çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?	Yeterli Değil	27	39.7
	Kısmen Yeterli	35	51.5
	Yeterli	6	8.8
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilendirme gereksinimi duyuyor musunuz?	Evet	61	89.7
	Hayır	7	10.3
	Toplam	68	100.0

Çocuk istismarına yönelik özelliklerden, çocuk istismarı hakkında bilgi alma durumu bakımından katılımcıların %64.7'sinin evet, %35.3'ünün hayır yanıtı verdiği; bilgi alma süresi bakımından katılımcıların %63.6'sının 1-5 saat, %25'inin 6-10 saat, %11.4'ünün 11 saat ve üzeri olduğu; çocuk istismarı ile ilgili seminere katılma durumu bakımından katılımcıların %44.1'inin evet, %55.9'unun hayır yanıtı verdiği; mesleğe başladıktan sonra eğitim alma durumu bakımından katılımcıların %22.1'inin evet, %77.9'unun hayır yanıtı verdiği; mesleğe başladıktan sonra eğitim alan kişilerin %86.7'sinin müdürlükten, %13.3'ünün ise üniversiteden eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitim alma isteği bakımından katılımcıların %80.9'unun evet, %19.1'inin hayır yanıtı verdiği; katılımcıların %95.6'sının çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismarı ve ihmali de aklında bulundurduğu %4.4'ünün ise bulundurmadığı; meslek hayatında herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma durumu bakımından %23.5'inin karşılaştığı, %76.5'inin karşılaşmadığı; karşılaşan kişilerin ise tamamının (%100) adli vaka kaydı yaptığı; çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapma durumu bakımından katılımcıların %97.1'inin evet, %2.9'unun hayır yanıtı verdiği; bildirim yapacağını belirten katılımcıların %52.9'unun savcılık/müdürlüğe, %47.1'inin ise polise bildirim yapabileceği; bildirim yapmamayı ifade eden kişilerin ise bu konuya ayıracak zamanlarının olmadığı ve çocuğun daha fazla zarar görebileceği belirtilmiştir. Katılımcıların toplumda en sık karşılaşılan çocuk istismar türü bakımından %20.6'sının fiziksel istismar, %36.8'inin duygusal istismar, %42.6'sının ise ihmal olduğu; katılımcıların kurumda çocuk istismar ve ihmaline yönelik talimat yada prosedürün olup olmaması bakımından %13.2'sinini evet, %17.6'sının hayır, %69.1'inin ise bilmiyorum yanıtı verdiği; katılımcıların kurumda

çocuk istismarı ve ihmaline yönelik eğitim alma durumları bakımından %7.4'ünün evet, %92.6'sının hayır yanıtı verdiği; çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda yasal yükümlülüklerin neler olduğunun bilinmesi bakımından katılımcıların %27.9'unun evet, %72.1'inin hayır yanıtı verdiği; çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli bulma durumu bakımından %39.7'sini yeterli bulmadığı, %51.5'ini kısmen yeterli bulduğu, %8.8'inin ise yeterli bulduğu; çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyma bakımından katılımcıların %89.7'sinin evet, %10.3'ünün hayır yanıtı verdiği belirlenmiştir.

Tablo 3.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin puanları

	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	68	65.76	5.531	-.604	1.473
Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	68	50.42	5.058	.104	1.335
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	68	26.48	3.983	-.505	0.761
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	68	39.70	5.212	-.372	0.783
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	68	16.29	3.701	1.177	1.388
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	68	25.75	3.500	-.002	0.087
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	68	224.42	18.689	-.545	1.417

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin ölçek puanları incelendiğinde istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri 65.76, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler 50.42, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri 26.48, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri 39.70, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri 16.29, çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler 25.75 ve ölçeğin toplamına ilişkin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler 224.42 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin alt boyutları ve toplam puanlarının çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendiğinde değerlerin -1.96 ile +1.96 arasında olduğu, dolayısıyla verilerin normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre verilerin analizinde parametrik istatistiksel teknikler kullanılmıştır.

Tablo 4.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Kadın	33	65.52	6.300	-0.359	66	0.721
	Erkek	35	66.00	4.777			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Kadın	33	51.24	5.766	1.298	66	0.199
	Erkek	35	49.66	4.228			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Kadın	33	26.85	3.456	-0.728	66	0.469
	Erkek	35	26.14	4.447			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Kadın	33	41.18	4.398	2.342	66	0.022
	Erkek	35	38.31	5.588			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Kadın	33	17.00	3.976	1.542	66	0.128
	Erkek	35	15.63	3.344			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Kadın	33	26.12	3.257	0.847	66	0.400
	Erkek	35	25.40	3.727			
Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler	Kadın	33	227.91	19.033	1.506	66	0.137
	Erkek	35	221.14	18.013			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.359; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.298; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .728; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (t: 2.342; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde kadınların erkeklere göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre kadınların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeğinde erkeklere göre farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.542; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .847; $p>.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.506; $p>.05$).

Tablo 5. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını yaş değişkenine göre karşılaştırılması

	Yaş	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	30 ve altı yaş	30	66.80	5.549	2	1.003	0.372
	31-40 yaş	26	64.73	6.181			
	41 ve üzeri yaş	12	65.42	3.579			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	30 ve altı yaş	30	51.53	4.939	2	2.001	0.143
	31-40 yaş	26	50.19	5.636			
	41 ve üzeri yaş	12	48.17	3.215			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	30 ve altı yaş	30	27.80	2.747	2	3.120	0.051
	31-40 yaş	26	25.38	5.029			
	41 ve üzeri yaş	12	25.58	3.288			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	30 ve altı yaş	30	40.97	4.173	2	2.436	0.095
	31-40 yaş	26	38.00	6.184			
	41 ve üzeri yaş	12	40.25	4.595			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	30 ve altı yaş	30	15.73	4.209	2	3.444	.038
	31-40 yaş	26	15.81	2.728			
	41 ve üzeri yaş	12	18.75	3.441			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	30 ve altı yaş	30	25.60	3.255	2	0.710	0.496
	31-40 yaş	26	25.42	3.951			
	41 ve üzeri yaş	12	26.83	3.099			
	Toplam	68	25.75	3.500			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	30 ve altı yaş	30	228.43	15.774	2	1.613	0.207
	31-40 yaş	26	219.54	22.783			
	41 ve üzeri yaş	12	225.00	13.830			
	Toplam	68	224.43	18.689			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar yaş değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.003; $p>.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.001; $p>.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 3.120; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.436; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 3.444; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda 41 ve üzeri yaş üzeri olan katılımcıların 30 ve altı yaş ve 31-40 yaş grubundakilere göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre 41 ve üzeri yaş üzeri olan katılımcıların istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda daha alt yaş gruplarına göre farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: .710; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.613; $p>0.05$).

Tablo 6. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının medeni durum değişkenine göre karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Bekar	30	64.57	6.436	-1.605	66	0.113
	Evet	38	66.71	4.567			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Bekar	30	50.37	5.288	-.086	66	0.932
	Evet	38	50.47	4.941			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Bekar	30	26.53	3.910	-.088	66	0.930
	Evet	38	26.45	4.092			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Bekar	30	40.07	4.920	0.504	66	0.616
	Evet	38	39.42	5.480			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Bekar	30	15.40	3.635	-1.799	66	0.077
	Evet	38	17.00	3.647			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Bekar	30	25.13	3.665	-1.298	66	0.199
	Evet	38	26.24	3.332			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Bekar	30	222.07	20.209	-0.924	66	0.359
	Evet	38	226.29	17.445			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar medeni durum değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -1.605; p>0.05).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -.086; p>0.05).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .088; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.504; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -1.799; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -1.298; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.924; p>0.05).

Tablo 7.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Çocuk Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	26	65.92	4.498	0.184	66	0.854
	Hayır	42	65.67	6.135			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	26	50.12	4.736	-0.396	66	0.693
	Hayır	42	50.62	5.296			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	26	25.65	3.969	-1.363	66	0.178
	Hayır	42	27.00	3.951			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	26	40.00	5.973	.364	66	0.717
	Hayır	42	39.52	4.748			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	26	17.12	3.604	1.451	66	0.151
	Hayır	42	15.79	3.712			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	Evet	26	26.65	3.532	1.699	66	0.094
	Hayır	42	25.19	3.402			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	26	225.46	19.874	0.357	66	0.722
	Hayır	42	223.79	18.134			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar çocuk durumu değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.184; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.396; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -1.63; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.364; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.451; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.699; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.357; $p>0.05$).

Tablo 8.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının meslek değişkenine göre karşılaştırılması

	Meslek	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Aile Hekimi	17	66.53	4.332	3	0.393	0.759
	Uzman Doktor	15	65.13	7.259			
	Diş Hekimi	14	64.71	3.539			
	Pratisyen Hekim	22	66.27	6.220			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Aile Hekimi	17	49.82	3.661	3	0.938	0.427
	Uzman Doktor	15	50.27	6.606			
	Diş Hekimi	14	49.14	4.737			
	Pratisyen Hekim	22	51.82	5.001			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Aile Hekimi	17	25.65	3.534	3	0.952	0.421
	Uzman Doktor	15	26.93	5.298			
	Diş Hekimi	14	25.57	3.756			
	Pratisyen Hekim	22	27.41	3.390			
	Toplam	68	26.49	3.983			

Tablo 8. (Devamı)

	Meslek	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Aile Hekimi	17	40.41	3.554	3	1.062	0.372
	Uzman Doktor	15	37.93	6.943			
	Diş Hekimi	14	39.07	4.731			
	Pratisyen Hekim	22	40.77	5.191			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Aile Hekimi	17	17.29	3.387	3	0.632	0.597
	Uzman Doktor	15	15.73	3.011			
	Diş Hekimi	14	15.71	2.614			
	Pratisyen Hekim	22	16.27	4.842			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	Aile Hekimi	17	26.94	2.461	3	1.925	0.134
	Uzman Doktor	15	25.73	2.987			
	Diş Hekimi	14	24.00	4.506			
	Pratisyen Hekim	22	25.95	3.565			
	Toplam	68	25.75	3.500			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Aile Hekimi	17	226.65	11.602	3	1.050	0.377
	Uzman Doktor	15	221.73	24.058			
	Diş Hekimi	14	218.21	17.760			
	Pratisyen Hekim	22	228.50	19.454			
	Toplam	68	224.43	18.689			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar meslek değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.393; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: .938; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.952; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.062; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.632; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.925; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.050; $p>0.05$).

Tablo 9. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Lisans	53	65.94	5.009	.498	66	0.620
	Doktora	15	65.13	7.259			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Lisans	53	50.47	4.606	.138	66	0.891
	Doktora	15	50.27	6.606			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Lisans	53	26.36	3.579	-0.491	66	0.625
	Doktora	15	26.93	5.298			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Lisans	53	40.21	4.567	1.506	66	0.137
	Doktora	15	37.93	6.943			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Lisans	53	16.45	3.886	0.662	66	0.510
	Doktora	15	15.73	3.011			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	Lisans	53	25.75	3.658	0.021	66	0.984
	Doktora	15	25.73	2.987			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Lisans	53	225.19	17.075	0.629	66	0.531
	Doktora	15	221.73	24.058			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar eğitim durumu değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .498; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .138; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.491; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.506; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.662; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.021; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.629; p>0.05).

Tablo 10. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çalışılan kurum değişkenine göre karşılaştırılması

	Çalışılan Kurum	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Aile Hekimliği	26	67.19	4.157	3	0.972	0.412
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	64.71	6.820			
	112	4	64.75	6.946			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	65.40	3.777			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Aile Hekimliği	26	51.08	3.762	3	0.446	0.721
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	49.82	6.377			
	112	4	52.00	3.830			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	49.80	4.517			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Aile Hekimliği	26	26.85	3.641	3	0.182	0.908
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	26.46	4.316			
	112	4	25.75	4.992			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	25.90	4.012			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Aile Hekimi	26	41.12	3.339	3	2.955	0.039
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	39.43	6.455			
	112	4	33.25	4.272			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	39.40	3.950			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Aile Hekimliği	26	16.92	3.236	3	0.756	0.523
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	16.32	4.619			
	112	4	15.25	2.062			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	15.00	2.000			
	Toplam	68	16.29	3.702			

Tablo 10. (Devamı)

	Çalışılan Kurum	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	Aile Hekimliği	26	27.50	3.140	3	8.251	0.000
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	25.75	2.939			
	112	4	22.00	1.826			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	22.70	3.368			
	Toplam	68	25.75	3.500			
	Aile Hekimliği	26	230.65	12.371			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	222.50	23.247	3	2.018	0.120
	112	4	213.00	18.744			
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	10	218.20	14.566			
	Toplam	68	224.43	18.689			
	Aile Hekimliği	26	230.65	12.371			
	Gümüşhane Devlet Hastanesi	28	222.50	23.247			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar çalışılan kurum değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.972; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.446; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.182; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 2.955; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda aile hekimliğinde çalışan katılımcıların, Gümüşhane Devlet Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre aile hekimliğinde çalışan katılımcıların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.756; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 8.251; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda aile hekimliğinde

çalışan katılımcıların, Gümüşhane Devlet Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre aile hekimliğinde çalışan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özelliklerboyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.018; p>0.05).

Tablo 11.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çalışılan birim değişkenine göre karşılaştırılması

	Çalışılan Birim	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Aile Sağlığı Merkezi	9	68.44	3.712	3	1.055	0.375
	Acil	28	66.00	5.470			
	Sağlık Hizmetleri	27	64.78	5.853			
	Komuta	4	64.75	6.946			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Aile Sağlığı Merkezi	9	53.44	2.789	3	1.733	0.169
	Acil	28	50.36	4.923			
	Sağlık Hizmetleri	27	49.26	5.634			
	Komuta	4	52.00	3.830			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Aile Sağlığı Merkezi	9	29.11	2.759	3	1.556	0.209
	Acil	28	26.18	3.289			
	Sağlık Hizmetleri	27	26.04	4.653			
	Komuta	4	25.75	4.992			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Aile Sağlığı Merkezi	9	42.44	2.555	3	5.737	0.002
	Acil	28	41.36	4.011			
	Sağlık Hizmetleri	27	38.04	5.860			
	Komuta	4	33.25	4.272			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Aile Sağlığı Merkezi	9	16.22	2.991	3	0.998	0.400
	Acil	28	17.18	4.792			
	Sağlık Hizmetleri	27	15.56	2.577			
	Komuta	4	15.25	2.062			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Aile Sağlığı Merkezi	9	28.56	4.096	3	6.292	0.001
	Acil	28	26.57	2.486			
	Sağlık Hizmetleri	27	24.52	3.523			
	Komuta	4	22.00	1.826			
	Toplam	68	25.75	3.500			

Tablo 11. (Devamı)

	Çalışılan Birim	N	Aritmetik Standart Ortalama	sd	F	p
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Aile Sağlığı Merkezi	9	238.22	10.509	3.848	0.013
	Acil	28	227.64	16.109		
	Sağlık Hizmetleri	27	218.19	20.458		
	Komuta	4	213.00	18.744		
	Toplam	68	224.43	18.689		

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar çalışılan birim değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.055; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.733; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.556; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 5.737; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda aile sağlığı merkezi ve acilde çalışanların, Sağlık Hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre aile sağlığı merkezi ve acilde çalışan katılımcıların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleriboyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.998; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 6.292; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda aile sağlığı merkezi ve acilde çalışanların. sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca acilde çalışanların sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre aile sağlığı merkezinde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre ve acilde çalışanların sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 3.848; $p \leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda aile sağlığı merkezi ve acilde çalışanların, sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca acilde çalışanların sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre aile sağlığı merkezinde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre ve acilde çalışanların sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanlara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleriboyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 12. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çalışma yılı değişkenine göre karşılaştırılması

	Çalışma Yılı	N	Aritmetik Standart Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	1-5 yıl	18	65.61	5.468	3	0.130	0.942
	6-10 yıl	24	65.33	6.876			
	11-15 yıl	7	66.57	4.721			
	16 ve üzeri yıl	19	66.16	4.140			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk istismarına ilişkin çocukta davranışsal belirtiler	1-5 yıl	18	51.61	5.271	3	0.626	0.601
	6-10 yıl	24	50.38	5.663			
	11-15 yıl	7	50.57	4.685			
	16 ve üzeri yıl	19	49.32	4.243			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	1-5 yıl	18	28.11	3.411	3	1.884	0.141
	6-10 yıl	24	26.08	4.951			
	11-15 yıl	7	24.29	3.147			
	16 ve üzeri yıl	19	26.26	2.941			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	1-5 yıl	18	41.28	4.968	3	1.265	0.294
	6-10 yıl	24	38.29	6.132			
	11-15 yıl	7	39.00	5.228			
	16 ve üzeri yıl	19	40.26	3.871			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	1-5 yıl	18	15.44	4.355	3	2.599	0.060
	6-10 yıl	24	15.46	2.992			
	11-15 yıl	7	16.14	1.952			
	16 ve üzeri yıl	19	18.21	3.853			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler	1-5 yıl	18	26.67	3.396	3	1.698	0.176
	6-10 yıl	24	24.50	3.879			
	11-15 yıl	7	26.57	3.359			
	16 ve üzeri yıl	19	26.16	2.892			
	Toplam	68	25.75	3.500			

Tablo 12. (Devamı)

	Çalışma Yılı	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	1-5 yıl	18	228.72	18.058	3	0.830	0.482
	6-10 yıl	24	220.04	23.289			
	11-15 yıl	7	223.14	17.846			
	16 ve üzeri yıl	19	226.37	12.010			
	Toplam	68	224.43	18.689			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar çalışma yılı değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.130; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.626; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.884; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.265; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.599; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.698; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: .830; $p>0.05$).

Tablo 13. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi alma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı Hakkında Bilgi Alma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	44	65.86	6.056	0.198	66	0.843
	Hayır	24	65.58	4.529			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	44	50.43	5.638	0.012	66	0.991
	Hayır	24	50.42	3.889			

Tablo 13. (Devamı)

		Çocuk İstismarı Hakkında Bilgi Alma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	44	26.77	4.125	-0.804	66	0.425	
	Hayır	24	25.96	3.736				
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	44	40.18	5.537	1.020	66	0.312	
	Hayır	24	38.83	4.536				
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	44	16.43	4.267	0.413	66	0.681	
	Hayır	24	16.04	2.404				
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	44	25.91	3.226	0.505	66	0.615	
	Hayır	24	25.46	4.011				
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	44	225.59	20.299	0.693	66	0.491	
	Hayır	24	222.29	15.485				

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Çocuk İstismarı Hakkında Bilgi Alma Durumu değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.198; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .012; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.804; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.020; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.413; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.505; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.693; $p>0.05$).

Tablo 14.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının bilgi alma süresi değişkenine göre karşılaştırılması

	Bilgi Süresi	Alma N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	1-5 saat	28	66.75	5.726	2	1.273	0.291
	6-10 saat	11	63.36	7.284			
	11 saat ve üzeri	5	66.40	4.159			
	Toplam	44	65.86	6.056			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	1-5 saat	28	51.68	5.812	2	2.477	0.096
	6-10 saat	11	47.36	5.221			
	11 saat ve üzeri	5	50.20	2.950			
	Toplam	44	50.43	5.638			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	1-5 saat	28	26.93	3.196	2	0.997	0.378
	6-10 saat	11	25.55	5.905			
	11 saat ve üzeri	5	28.60	4.278			
	Toplam	44	26.77	4.125			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	1-5 saat	28	39.82	5.020	2	6.946	0.003
	6-10 saat	11	41.64	4.262			
	11 saat ve üzeri	5	32.80	5.541			
	Toplam	44	40.18	5.537			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	1-5 saat	28	17.43	4.872	2	2.240	0.119
	6-10 saat	11	14.82	1.662			
	11 saat ve üzeri	5	14.40	3.050			
	Toplam	44	16.43	4.267			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	1-5 saat	28	25.82	3.312	2	0.175	0.840
	6-10 saat	11	26.36	3.202			
	11 saat ve üzeri	5	25.40	3.362			
	Toplam	44	25.91	3.226			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	1-5 saat	28	230.25	19.627	2	2.137	0.131
	6-10 saat	11	217.27	21.369			
	11 saat ve üzeri	5	217.80	16.423			
	Toplam	44	225.59	20.299			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Bilgi Alma Süresi değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.273; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.477; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.997; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 6.946; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD

testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda 6-10 saat süreyle bilgi alan katılımcıların 1-5 saat bilgi alanlara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna göre 6-10 saat süreyle bilgi alan katılımcıların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.240; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: .175; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 2.137; $p>0.05$).

Tablo 15. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi alma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı ile İlgili Seminere Katılma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	30	65.63	6.3761	-0.173	66	0.863
	Hayır	38	65.87	4.8500			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	30	50.47	5.6917	0.058	66	0.954
	Hayır	38	50.39	4.5769			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	30	26.47	4.4313	-0.034	66	0.973
	Hayır	38	26.50	3.6521			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	30	39.87	5.4756	0.224	66	0.823
	Hayır	38	39.58	5.0652			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	30	15.83	3.2598	-0.0911	66	0.366
	Hayır	38	16.66	4.0221			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	30	25.37	2.9300	-0.800	66	0.426
	Hayır	38	26.05	3.9039			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	30	223.63	18.4680	-0.309	66	0.758
	Hayır	38	225.05	19.0858			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Çocuk İstismarı ile İlgili Seminere Katılma Durumu değişkenine göre bağımsız

örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.173; p>0.05).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.058; p>0.05).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.034; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.224; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.911; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.800; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.309; p>0.05).

Tablo 16. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının mesleğe başladıktan sonra eğitim alma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Mesleğe Başladıktan Sonra Eğitim Alma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	15	65.80	4.246	0.028	66	0.978
	Hayır	53	65.75	5.880			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	15	49.40	5.369	-0.889	66	0.377
	Hayır	53	50.72	4.982			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	15	26.27	4.574	-0.239	66	0.812
	Hayır	53	26.55	3.846			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	15	38.27	5.431	-1.216	66	0.228
	Hayır	53	40.11	5.128			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	15	17.00	4.071	0.835	66	0.407
	Hayır	53	16.09	3.607			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	15	25.13	1.959	-0.771	66	0.444
	Hayır	53	25.92	3.822			

Tablo 16. (Devamı)

	Mesleğe Başladıktan Sonra Eğitim Alma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	15	221.87	17.020	-0.598	66	0.552
	Hayır	53	225.15	19.226			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Mesleğe Başladıktan Sonra Eğitim Alma Durumu değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .0028; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.889; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.239; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -1.216; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.835; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.771; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.598; $p>0.05$).

Tablo 17. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının eğitim alma isteği değişkenine göre karşılaştırılması

	Eğitim İsteği	Alma N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	T	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	55	65.76	5.640	-0.003	66	0.997
	Hayır	13	65.77	5.262			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	55	50.89	5.083	1.574	66	0.120
	Hayır	13	48.46	4.630			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	55	26.73	3.719	1.031	66	0.306
	Hayır	13	25.46	4.994			

Tablo 17. (Devamı)

	Eğitim İsteği	Alma N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	T	sd	p
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	55	40.51	4.917	2.738	66	0.008
	Hayır	13	36.31	5.234			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	55	16.47	3.896	.816	66	0.417
	Hayır	13	15.54	2.727			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	55	26.05	3.472	1.489	66	0.141
	Hayır	13	24.46	3.455			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	55	226.42	18.319	1.839	66	0.070
	Hayır	13	216.00	18.574			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Eğitim Alma İsteği değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.003; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.574; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.031; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (t: 2.738; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde, eğitim alma isteği olan katılımcıların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleriboyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.816; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.489; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.839; $p>0.05$).

Tablo 18.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının meslek hayatında herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Meslek Hayatında Herhangi Bir Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası ile Karşılaşma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	P
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	16	64.38	6.612	-1.152	66	0.254
	Hayır	52	66.19	5.153			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	16	49.38	6.054	-0.950	66	0.346
	Hayır	52	50.75	4.732			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	16	25.69	4.936	-0.915	66	0.363
	Hayır	52	26.73	3.663			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	16	39.50	4.648	-0.179	66	0.858
	Hayır	52	39.77	5.415			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	16	16.19	4.119	-0.131	66	0.896
	Hayır	52	16.33	3.607			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	16	26.44	2.529	0.897	66	0.373
	Hayır	13	24.46	3.455			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	55	226.42	18.319	-0.698	66	0.487
	Hayır	13	216.00	18.574			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Meslek Hayatında Herhangi Bir Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası ile Karşılaşma Durumu değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -1.152; p>0.05).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.950; p>0.05).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.915; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.179; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.131; p>.005).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 0.897; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -.698; p>.05).

Tablo 19. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının toplumda en sık karşılaşılan çocuk istismar türü değişkenine göre karşılaştırılması

	Toplumda En Sık Karşılaşılan Çocuk İstismar Türü	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Fiziksel İstismar	14	67.21	5.381	2	0.850	0.432
	Duygusal İstismar	25	65.96	4.852			
	İhmal	29	64.90	6.143			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Fiziksel İstismar	14	49.93	3.970	2	1.517	0.227
	Duygusal İstismar	25	51.80	5.196			
	İhmal	29	49.48	5.296			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Fiziksel İstismar	14	26.29	4.084	2	0.153	0.859
	Duygusal İstismar	25	26.84	3.912			
	İhmal	29	26.28	4.114			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Fiziksel İstismar	14	40.07	4.827	2	0.949	0.392
	Duygusal İstismar	25	40.64	5.499			
	İhmal	29	38.72	5.140			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Fiziksel İstismar	14	17.43	4.702	2	1.376	0.260
	Duygusal İstismar	25	15.44	3.709			
	İhmal	29	16.48	3.066			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Fiziksel İstismar	14	25.29	4.497	2	0.308	0.736
	Duygusal İstismar	25	26.16	3.197			
	İhmal	29	25.62	3.300			
	Toplam	68	25.75	3.500			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Fiziksel İstismar	14	226.21	16.953	2	0.625	0.538
	Duygusal İstismar	25	226.84	19.187			
	İhmal	29	221.48	19.263			
	Toplam	68	224.43	18.689			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Toplumda En Sık Karşılaşılan Çocuk İstismar Türü değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: .850; $p>.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.517; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.153; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.949; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.376; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.308; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.625; $p>0.05$).

Tablo 20. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının kurumda çocuk istismar ve ihmeline yönelik talimat yadaprocedürbulunma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Kurumda Çocuk İstismar Ve İhmaline Yönelik Talimat Yada Prosedür Bulunma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	9	67.78	2.906	2	1.048	0.356
	Hayır	12	66.67	4.250			
	Bilmiyorum	47	65.15	6.115			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	9	51.11	3.790	2	0.620	0.541
	Hayır	12	51.67	3.750			
	Bilmiyorum	47	49.98	5.542			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	9	26.89	3.586	2	0.052	0.950
	Hayır	12	26.42	2.906			
	Bilmiyorum	47	26.43	4.338			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	9	40.56	2.555	2	0.693	0.504
	Hayır	12	41.00	3.643			
	Bilmiyorum	47	39.21	5.868			
	Toplam	68	39.71	5.212			

Tablo 20. (Devam)

	Kurumda Çocuk İstismar Ve İhmaline Yönelik Talimat Ya da Prosedür Bulunma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	9	17.22	3.308	2	0.421	0.658
	Hayır	12	16.58	2.275			
	Bilmiyorum	47	16.04	4.070			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	9	25.67	3.873	2	0.943	0.395
	Hayır	12	27.00	3.438			
	Bilmiyorum	47	25.45	3.450			
	Toplam	68	25.75	3.500			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	9	229.22	9.244	2	1.028	0.364
	Hayır	12	229.33	13.269			
	Bilmiyorum	47	222.26	20.885			
	Toplam	68	224.43	18.689			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar İstismar Ve İhmaline Yönelik Talimat ya da Prosedür Bulunma Durumu değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.048; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.620; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.052; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.693; $p>0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.421; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 0.943; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.028; $p>0.05$).

Tablo 21. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda yasal yükümlülüklerin farkındalık durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı Olgusu Veya Şüphesi İle Karşılaştığınızda Yasal Yükümlülüklerin Farkındalık Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	19	65.53	4.765	-0.220	66	0.827
	Hayır	49	65.86	5.845			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	19	50.32	4.750	-0.112	66	0.912
	Hayır	49	50.47	5.221			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	19	25.95	3.734	-0.691	66	0.492
	Hayır	49	26.69	4.094			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	19	39.11	6.411	-0.589	66	0.558
	Hayır	49	39.94	4.723			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	19	16.16	3.834	-0.188	66	0.852
	Hayır	49	16.35	3.689			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Evet	19	25.32	2.829	-0.634	66	0.528
	Hayır	49	25.92	3.741			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	19	222.37	15.586	-0.563	66	0.576
	Hayır	49	225.22	19.853			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Çocuk İstismarı Olgusu veya Şüphesi İle Karşılaştığınızda Yasal Yükümlülüklerin Farkındalık Durumu değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.220; p>0.05).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.112; p>0.05).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.691; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.589; p>0.05).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.188; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.634; p>0.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -0.563; p>0.05).

Tablo 22. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli bulma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Kendini Yeterli Bulma Durumu	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Yeterli Değil	27	64.78	6.381	2	1.399	0.254
	Kısmen Yeterli	35	66.83	4.687			
	Yeterli	6	64.00	5.657			
	Toplam	68	65.76	5.532			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Yeterli Değil	27	50.41	6.326	2	1.193	0.310
	Kısmen Yeterli	35	50.94	3.933			
	Yeterli	6	47.50	4.183			
	Toplam	68	50.43	5.059			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Yeterli Değil	27	26.48	4.061	2	4.187	0.019
	Kısmen Yeterli	35	27.20	3.350			
	Yeterli	6	22.33	5.125			
	Toplam	68	26.49	3.983			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Yeterli Değil	27	40.89	5.287	2	7.029	0.002
	Kısmen Yeterli	35	39.97	4.162			
	Yeterli	6	32.83	6.014			
	Toplam	68	39.71	5.212			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Yeterli Değil	27	17.15	4.312	2	1.505	0.230
	Kısmen Yeterli	35	15.91	3.248			
	Yeterli	6	14.67	2.658			
	Toplam	68	16.29	3.702			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Yeterli Değil	27	26.78	3.577	2	4.512	0.015
	Kısmen Yeterli	35	25.54	3.202			
	Yeterli	6	22.33	2.805			
	Toplam	68	25.75	3.500			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Yeterli Değil	27	226.48	21.700	2	4.482	0.015
	Kısmen Yeterli	35	226.40	13.214			
	Yeterli	6	203.67	21.851			
	Toplam	68	224.43	18.689			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Kendini Yeterli Bulma Durumu

değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.399; $p>0.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.193; $p>0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 4.187; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda kendini yeterli bulmayan ve kısmen yeterli bulanların, yeterli bulanlara göre ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (F: 7.029; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda kendini yeterli bulmayan ve kısmen yeterli bulanların, yeterli bulanlara göre çocuk istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 1.505; $p>0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 4.512; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda kendini yeterli bulmayan ve kısmen yeterli bulanların, yeterli bulanlara göre çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (F: 4.482; $p\leq 0.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin LSD testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Analiz sonucunda kendini yeterli bulmayan ve kısmen yeterli bulanların, yeterli bulanlara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi değişkenine göre karşılaştırılması

	Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Daha Fazla Bilgilenme Gereksinimi	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Evet	61	65.72	5.619	-0.190	66	0.850
	Hayır	7	66.14	5.080			
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Evet	61	50.72	5.093	1.430	66	0.157
	Hayır	7	47.86	4.220			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Evet	61	26.69	3.731	1.247	66	0.217
	Hayır	7	24.71	5.823			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	Evet	61	40.39	4.786	3.465	66	0.001
	Hayır	7	33.71	5.251			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Evet	61	16.48	3.784	1.196	66	0.236
	Hayır	7	14.71	2.563			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	Evet	61	25.85	3.390	0.710	66	0.480
	Hayır	7	24.86	4.562			
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	Evet	61	225.85	18.220	1.893	66	0.063
	Hayır	7	212.00	19.494			

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Daha Fazla Bilgilenme Gereksinimi değişkenine göre bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin alt boyutlarından;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: -.190; $p>.05$).

Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.430; $p>.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.247; $p>.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (t: 3.465; $p\leq.05$). Meydana gelen farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha

fazla bilgilenme gereksinimi olan katılımcıların, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleriboyutunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.196; p>.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler boyutunda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: .710; p>.05).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklere ilişkin toplam puanlarda anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir (t: 1.893; p>.05).

Tablo 24.Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanları arasındaki ilişkiler

		İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	r	1	0.648	.587	.273	.206	0.159	0.743
	p		0.000	0.000	.024	0.092	0.196	0.000
Çocuk İstismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	r		1	0.561	.477	.150	0.322	0.805
	p			0.000	0.000	.221	0.007	0.000
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	r			1	0.421	.127	0.372	0.751
	p				0.000	.303	0.002	0.000
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	r				1	0.288	0.424	0.715
	p					0.017	0.000	0.000
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	r					1	0.333	0.470
	p						0.006	.000
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	r						1	0.585
	p							.0000
Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Riskler	r							1
	p							

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda puanlar arasında anlamlı ilişkilerin meydana geldiği belirlenmiştir. Puanlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ile çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: .648; $p \leq .05$).

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ile ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.587; $p \leq 0.05$).

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ile istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.273; $p \leq 0.05$).

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri arasında anlamlı ilişki meydana gelmediği belirlenmiştir (r: 0.026; $p > .05$).

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler arasında anlamlı ilişki meydana gelmediği belirlenmiştir (r: .159; $p > .05$).

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri ile ölçeğin toplam puanı (çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler) arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.743; $p \leq 0.05$).

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ile ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.561; $p \leq 0.05$).

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ile istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.477; $p \leq 0.05$).

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri arasında anlamlı ilişki meydana gelmediği belirlenmiştir (r: 0.150; $p > 0.05$).

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ile çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.322; $p > 0.05$).

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler ile ölçeğin toplam puanı (çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler) arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.805; $p \leq 0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri ile istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.421; $p \leq 0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri arasında anlamlı ilişki meydana gelmediği belirlenmiştir (r: .127; $p > 0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri ile çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.372; $p > 0.05$).

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri ile ölçeğin toplam puanı (çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler) arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: .751; $p \leq 0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.288; $p \leq 0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.424; $p > 0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ile ölçeğin toplam puanı (çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler) arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.715; $p \leq 0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.333; $p > 0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ile ölçeğin toplam puanı (çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.470; $p \leq 0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler ile ölçeğin toplam puanı (çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki meydana geldiği belirlenmiştir (r: 0.470; $p \leq 0.05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuğun yaşamış olduğu istismar olayından kurtarılması ve istismar vakalarının önlenmesinde hekimlerin de önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Ancak yaşanan istismar olayları neticesinde suçun ispatlanmasında yasal olarak hekimlerin herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır. Hekimlere düşen en önemli sorumluluk, istismara uğramış çocukları tespit etmek ve bu çocukların yaşadıkları durumu ihbar ederek adli ve hukuki makamları bilgi sahibi etmektir. Yaşanan olayın ardından gerçekleşen ihbarın ardından bu sürecin yönetimi, adli ve hukuki makamlardır. Günümüzde çocuklara yönelik gerçekleşen istismar ve ihmal vakalarının önlenmesi hususunda hekimlere önemli görevler düşmektedir (Tınmaz Pehlivan, 2016; 72).

Bu çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” genel ortalaması ve alt ölçek ortalamaları ile katılımcıların sosyo-demografik bilgileri arasındaki ilişki test edilmiştir. Tartışma bölümünde araştırma bulguları, araştırmanın hipotezleri ve konu hakkındaki literatür çerçevesinde tartışılmakta ve bu kapsamda öneriler sunulmaktadır.

Araştırmadaki tüm sorulara doğru yanıt veren bir hekimin 335 tam puan alması gerektiği düşünüldüğünde ve araştırmaya katılan hekimlerin ortalama puanının 224.42 olduğu göz önünde bulundurulduğunda hekimlerin ‘çocuk ihmal ve istismarı’ hakkında farkındalık düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir (Tablo 3). Gölge ve arkadaşları (2012) tarafından hekim, ebe ve hemşirelere yönelik gerçekleştirilen araştırmada da sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu ifade edilmektedir. Çalışmada hekimlerin en düşük puanı çocuk istismar ve ihmeline yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinde, en yüksek puanı da istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçeğinden aldığı saptanmıştır (Tablo 3).

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasında ‘İstismar ve İhmale yatkın ebeveyn özellikleri’ boyutunda anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Genel ölçek ve belirtilen alt ölçekte sayılarının ve oranlarının erkek hekimlere göre daha az olmasına rağmen kadın hekimlerin farkındalık düzeylerinin erkek hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4). Yazar (2017) tarafından üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere yönelik gerçekleştirilen benzer çalışmada çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve ailesel özellikler alt ölçeklerinde (Yazar, 2017); Yaman (2017) tarafından araştırma görevlisi hekimlerle

gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da bütün alt ölçeklerde kadınların erkeklere oranla daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (Yaman, 2017). Oysa aile hekimleri ve öğretmenlere yönelik gerçekleştirilen benzer çalışmalarda anlamlı farklılıklar gözlemlenmemiştir (Özyürek ve arkadaşları, 2018; 443)

Araştırmaya katılan 41 yaş ve üzerindeki hekimlerin ‘istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri’ alt boyutunda 40 yaş ve altındakilere oranla farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu, ancak diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılığın meydana gelmediği belirlenmiştir (Tablo 5). Kır (2015) tarafından sağlık yöneticileri ile gerçekleştirilen benzer çalışmada da 40 yaş ve üstünde bulunan sağlık yöneticilerinin “istismarın çocuk üzerindeki belirtilerinde” daha fazla farkındalık sergiledikleri görülmüştür (Kır, 2015). Yani 40 yaş ve üstünde bulunan sağlık yöneticilerinin farkındalıkları diğer gruptan daha yüksek olduğu görülmesine rağmen Altıok (2019) tarafından sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen benzer çalışmada 30 yaş altı sağlık çalışanlarının farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Altıok, 2019).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ve ailesel özellikleri alt boyutlarında çalışılan kurum olarak anlamlı farklılıklar görülmüş olup aile hekimliğinde çalışan hekimlerin Gümüşhane Devlet Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışan hekimlere oranla (Tablo 10); acilde çalışan pratisyen hekimlerin de Sağlık Hizmetleri Biriminde çalışan hekimlere oranla farkındalık oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 11). Oranlardaki farklılıkların hastane ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hekimlerin poliklinik hizmeti vermesi ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerinin ve müdahalelerinin kısıtlı olması ve vaka ile karşılaşma oranlarını etkilemesinden, sağlık hizmetleri biriminde görev yapan hekimlerinde idareci olmasından dolayı çocuk hasta ile karşılaşmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çocuk ihmal ve istismarı, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bu konu hem örgün eğitimde hem de hizmet içi eğitim düzeyinde sağlık çalışanlarının eğitilmesi açısından önemlidir (Metinyurt ve Yıldırım Sarı, 2016; 116). Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını bilgi alma değişkenine göre karşılaştırılmasında eğitimleri sırasında 6-10 saat arasında eğitim alan hekimlerin 1-5 saat arası eğitim alan hekimlere oranla farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu (Tablo 14) ancak mesleğe başladıktan sonra alınan eğitimlerin hekimlerin farkındalık düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açmadığı görülmüştür (Tablo 16). Bunlara ek olarak eğitim almak isteyen 55 hekimin eğitim

almak istemeyen diğer 13 hekime istinaden çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha bilinçli olduğu anlaşılmıştır (Tablo 17). Bilgiç (2015) tarafından gerçekleştirilen benzer çalışmada da sağlık çalışanlarının mesleki hayatlarında eğitim alanlarının sayısının düşük olduğu saptanmıştır (Bilgiç, 2015). Kayseri’ de 2011 yılında, %35’ inin hekim olduğu sağlık çalışanları katılımı ile yapılan bir araştırmada, katılanların %43.7’ sinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim almadığı saptanmıştır (Balcı ve ark., 2011) Benzer şekilde Kocaer’in (2006) çalışmasında hemşirelerin %73.3’ü aldıkları eğitimin yeterli olmadığını ve daha fazla eğitim almak istediklerini beyan etmişlerdir (Kocaer, 2006).

Araştırmaya katılan 68 hekimden sadece %23.5’i meslek hayatlarında çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo18). Benzer bir çalışma gerçekleştiren Altunsu (2004) istismar vakası ile karşılaşanları %73.9, ihmal vakası ile karşılaşanları %78.3 olarak bulmuştur. Çalışmalardaki karşılaşma oranları arasındaki farklılıkların temel nedeni araştırmanın gerçekleştirildiği il, bölge veya coğrafya ve çalışılan örneklem grubunun sayısı ve çalışılan birim olarak değerlendirilebilir. Çünkü Arıkan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Sigorta hastanesinde çalışan personelin Numune hastanesinde çalışan personele oranla daha çok istismar ve ihmal vakası ile karşılaştıkları saptanmıştır (Arıkan ve arkadaşları, 2000; 33). Kır (2015) tarafından sağlık yöneticileriyle gerçekleştirilen benzer çalışmada istismarla karşılaşan ve karşılaşmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu gözlenmektedir (Kır, 2015). Bu fark incelendiğinde istismar ile karşılaşan yöneticilerin karşılaşmayan sağlık yöneticilerine göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir

Çocuğa yönelik gerçekleşen ihmal ve istismar olayının önüne geçilmesinde karşılaşılan bir diğer sorun ise karşılaşılan olayların bildirilmemesi şeklinde görülmektedir. Olayların bildirilmesi konusunda karşılaşılan bu eksikliğin nedeni böyle bir olay karşısında ya da sonrasında nasıl bir yol ya da prosedür takip edilmesi gerektiği konusundaki görülen bilgi eksikliğidir (Gölge vd., 2012; 94). Araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğun yasal yükümlülüklerinin farkında olmadığı (Tablo 21), karşılaşma durumlarında hukuki olarak nasıl bir yol izleyeceğini ya da nasıl bir prosedürün gerçekleşmesi gerektiğini bilmediği tespit edilmiştir (Tablo 20). Ancak çalışmaya katılan hekimlerin tamamı ihmal ve/veya istismar durumları ile karşılaştıklarında adli vaka kaydı yapacağını ve savcı ya da bağlı bulundukları İl Sağlık Müdürlüğü’ne bilgi vereceklerini beyan etmiştir (Tablo 2). Bildirim yapmayı istemeyen iki hekimden biri çocuğun daha çok zarar göreceğinden korktuğunu diğeri ise buna ayıracak zamanının olmadığını ifade etmiştir. Van Haeringen ve arkadaşlarının 1998

yılında Avustralya’da 100 pratisyen hekim ile yaptıkları anket çalışmasında %43’ünün şüpheli olguların raporlanmasından kaçındıkları görülmüştür (Haeringen, 1998). Russell ve arkadaşlarının (2004) Kuzey İrlanda’ da 979 hemşire, diş hekimi ve doktor katılımı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %47’ sinin çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştığında bunu rapor ettiği saptanmıştır (Russell, 2004). Uncu’nun 2013 yılında yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %63.9’u çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında çocuk şube/polise bildirim yapacaklarını ifade etmişlerdir (Uncu, 2013).

Bildirim yükümlülüğü, prosedürler ve çocuk ihmal ve istismarı konusunda 6 hekim kendisini yeterli bulurken 27 hekim yetersiz, 35 hekim ise kısmen yeterli bulmuştur (Tablo 22). Ancak ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, ailesel özellikler ve belirti ve risklere ilişkin alt boyutlarda kendini yeterli bulmayan ve kısmen yeterli bulan hekimlerin kendini yeterli bulan hekimlere oranla farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kabakoğlu’nun 2018 yılında aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında katılımcıların %67.9’unun çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında yasal sorumluluklarının ne olduğunu bilmediklerini ifade etmişlerdir (Kabakoğlu, 2018).

Ağırtan ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada çocuk istismarı olaylarına yönelik vaka yönetiminde sağlık çalışanının klinik bilgisinin yetersiz kalması ile birlikte olay geldiğinde hukuki açıdan ne yapılması gerektiği konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (Ağırtan, 2009).

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskler ölçeği puanlarını çalışma yılı değişkenine göre karşılaştırılmasında 18 hekim 1-5 yıl, 24 hekim 6-10 yıl, 7 hekim 11-15 yıl, 19 hekim de 16 yıl ve üzerinde mesleki çalışmışlıkları bulunmasına rağmen genel farkındalık düzeyi ve alt boyutlarında herhangi bir anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Yaman (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışma ve Bağ (2019) tarafından hemşire ve öğretmenlere yönelik gerçekleştirdiği benzer çalışmada da mesleki çalışma yılının farkındalık düzeyine herhangi bir etki etmediği saptanmıştır. Ancak 2003 yılında İsrail’de yapılan bir çalışmada deneyim sahibi olmanın çocuk ihmal ve istismarını raporlamaya etkisi olduğu görülmüştür. Demir’in (2013) araştırmasında ise hekimlerin çalışma yılları ile çocuk istismar ve ihmali bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış ve 1 yıldan daha kısa süredir çalışan hekimlerin diğer çalışma yıllarına göre bilgi düzeyleri daha düşük olduğu saptanmıştır (Demir, 2013).

Multidisipliner bir yaklaşım sergilenmediği ve doğru tanılama kriterleri kullanılmadığı takdirde gözden kaçan vaka sayısının gün geçtikçe artması kaçınılmaz olacaktır (Uysal, 1998). Gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin tamamına yakını poliklinik hizmeti verirken/mesleki çalışmalarını gerçekleştirirken ‘çocuk ihmal ve istismarı şüphesini göz önünde bulunduracağını belirtmiştir (Tablo 2). Uslu (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da sağlık çalışanları ‘çocuğa yönelik hizmetlerden sorumlu olma durumlarında genel olarak profesyonellerin tamamı; çocuğun üstün yararını gözeteceğini’ ifade etmiştir (Uslu, 2019).

Ülkemizde son yıllarda halk sağlığı, sosyal hizmet, eğitim alanında bir takım olumlu gelişmeler gerçekleşmesine rağmen: ülkemizin sosyal göstergeleri, çocukların refah seviyesi kalitesi açısından ne yazık ki hâlâ olumsuz bir seyir izlemektedir (Yolcuoğlu, 2010: 80).

Bu açıdan ;

- Farklı şekilde nedenleri ve sonuçları bulunan çocuğa yönelik kötü muamelenin önlenmesinde, çocuk hak ve hürriyetlerine değinen yasa ve yönetmeliklere işlerlik kazandırmak, sosyal kurumları iyileştirmek, ebeveynlerin, bakım verenlerin ve toplumun farkındalık düzeyini artırmak, çocukların ve ailelerin refah seviyelerini iyileştirmek ve sosyal hizmet kurum ve kuruluşları ile diğer kurumların eklektik bir şekilde disiplinler arası işbirliğini sağlayarak çalışması önem arz etmektedir (Ünal, 2008: 17).

- Uzmanlar tarafından yürütülen soruşturma görüşmeleri birincil öneme sahiptir, çünkü diğer fiziksel istismar türlerinin aksine nesnel olarak keşfedilebilir kanıt ve tanıklar nadiren bulunurlar (Kadushın ve Kadushın, 2013; 298). Mahkemeye yansımış vakalarda, çocuğun ifade vermeden önce profesyonel yardım alması olayın zamanı, yeri ve şekli konusunda daha net ve doğru ifade vermesine yardımcı olacağı gibi çocuğun bu durumdan daha az zarar almasını sağlar (shçek, aileler için rehber kitapçık; 60)

- Bir yetişkin tarafından mağdur edilen çocuk, bir yetişkin tarafından sorgulanıyor olmak konusunda tedirgin olabilir (Kadushın ve Kadushın, 2013; 301). Eğer bir insan bir diğeriyle gerçekten ilişki kurarsa, diğeri gerçekten dinlemelidir: basmakalıp sözlerden ve diğeri beklenenleri bırakmalı ve kendisinin, diğeri tepkileriyle şekillenmesine izin vermelidir. Buber’in hakiki ve yalancı dinleme ayrımının terapötik ilişki için önemli anlamlar taşıdığı açıktır (Yalom, 1980; 568). Bu açıdan çocukların şikayetlerini güven içinde ve rahatça ifade edebilmeye olanak sağlayacak sistemlerin ve işlemlerin oluşturulması gerekmektedir (SHUDER, 2004;76).

•Çocuğa yönelik ihmal ve istismar vakalarında multidisipliner bir yapı içerisinde yer alan hekimler de çocukla terapötik görüşmeler ya da tıbbi müdahaleler gerçekleştirebilmektedir. Çocuğun üstün yararının gözetilmesi gereken bu tür vakalarda var olan durumu ve süreci çocuğun hırpalanmadan atlatması ve ikinci bir travma yaşamaması için hekimlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşan bir hekiminin bilgi, beceri ve farkındalığı ne kadar yüksek ise müdahale aşamaları ve hukuki boyut o denli planlı bir şekilde ilerleyeceği düşünülmektedir. Çalışmamızda da görülmektedir ki tıp eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda ne kadar uzun süre eğitim alınırse farkındalık düzeyi o derece artmaktadır.

•Çocuk hastalarla ilgili tanı koyucu ve tedavi uygulayıcı mekanizma olan hekimlik mesleğinin meslek eğitimleri sırasında öğrenciler sadece tıbbi konularla sınırlı tutulmamalı, toplum ve insan bilimleriyle ilgili yönlendirici çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Bu sayede çalıştığı kurumu/birimi ya da uzmanlığı ne olursa olsun çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalığının bulunacağı düşünülmektedir.

•Aile sağlığı merkezi personellerine uygulanan ‘Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programına’ gerekirse çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilendirme modüller revize edilerek, kapsamlı bir şekilde tüm hekimlere uygulanması gerekmektedir (Solak, 2018; 111). Hekimlerin mesleğe başladıktan sonraki süreçte de farkındalıklarının artmasını destekleyici bir çalışma olarak görülmektedir.

•Malpraktis davalarında olduğu gibi çocuk ihmal ve istismarı konusunda da hekimlerin yasal yükümlülüklerinin neler olduğunu bilmeleri büyük önem arz etmektedir. İkincil bir örselenme veya istismar vakasının devamının önüne geçilmesi amacıyla istismar ve ihmal şüphesi taşıyan her vakaya dikkatli bir şekilde yaklaşmalı, bu şüphesini ya da fiziki belirtiler mevcut ise adli vaka kaydını mutlaka gerçekleştirmelidir. Bu bilinç ile hareket eden bir hekim hem yasal olarak sorumluluğunu yerine getirmiş hem de çocuk ihmal ve istismarı olgusu gerçekten var ise çocuğun zarar görmesinin önüne geçmiş olacaktır.

KAYNAKÇA

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen , M., Avcı, A., ve İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmali. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
- Afşar Çelik, N. (2005). Önsöz. İ. Çayboyulu içinde, *Ailenin Sağlık Eğitimi* (s. 111-114). Ankara: Afşaroğlu Matbaası.
- Ağırtan, C., Akar, T., Akbas, S. ve Akdur, R. (2009) Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey .*Child Abuse and Neglect*,;33:247-255
- Altunsu, B.A. (2004). Çocuklara bakım veren hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali tanıyabilmeleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul
- Ak, M. (2016). İnsan Onurunu ve Değerini Yüceltme Perspektifinden Çocuk İhmal ve İstismarı Olgusu. *Türkiye 'de Sosyal Hizmet Uygulamasının 50. Yılı: İnsan Değer ve Onurunu Yüceltmek* (s. 22-31). Manisa: Academia.
- Akkaş, A. H. (2021). Çocuk İstismarının Hukuki Boyutu. H. Aydın, ve M. Eken içinde, *Çocuk İstismarı: Multidisipliner Yaklaşım* (s. 79-116). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2), 194-201.
- Altıparmak, S., Yıldırım G., Yardımcı F., ve Ergin, D. (2013). Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 354-361.
- Altıok, B. (2019). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi; Esenler Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Arıkan, Ç. (2011). Aile İçi Şiddet, İstismar ve İhmale Sosyal Hizmet Müdahalesi. Y. Özkan içinde, *Sosyal Dışlanma ve Aile: Sosyal Hizmet Müdahalelerinde Güçlendirme Yaklaşımı* (s. 31-50). Ankara: Maya Akademi.
- Arıkan, D., Yaman, S. ve Çelebioğlu A. (2000). 'Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hemşirelerin bilgileri', *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2): 29-35.
- Asil, H. ve Özdemir, Ç. (2021). Giriş: Çocuk İstismarına Kapsamlı Bir Bakış. H. Aydın, ve M. Eken içinde, *Çocuk İstismarı: Multidisipliner Yaklaşım* (s. 1-32). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Attepe Özden, S. ve Özcan, E. (2017). *Tıbbi Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aydın, B. (1997). *Çocuk ve Ergen Psikolojisi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Vakfı Yayınları.
- Aydın, M. (2014). *Çocukların Cinsel İstismarı ve Reşit Olmayanla Cinsel İlişki Suçu*. Seçkin Yayıncılık.
- Ayvaz, M. ve Aksoy, C. M. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: ortopedik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(1), 27-33.
- Bağçeli Kahraman, P., Doğan, B. ve Şimşek, M. (2020). Okul öncesi öğretmenlerinin çocuk ihmal ve istismarı ile çocuk haklarına yönelik görüşleri. *Turkish Studies-Educational Sciences*, 15(2), 691-715.
- Bahçecik, N. ve Kavaklı A. (1993) Çocuk istismarı ve ihmali. *Hemşirelik Bülteni*, 7(28), 23-32.
- Balcı, E., Gün, I., Sarlı, S.M., Akpınar, F., Yağmur, F., Öztürk, A. ve Günay O. (2011). Still an unknown topic: child abuse and “shaken baby syndrome.” *Turkish J Trauma and Emerg Surg*, 17(5): 430–434.
- Bee, H. ve Boyd, D. (2009). *Çocuk Gelişim Psikolojisi*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Bilir, Ş., Arı, M., B. Dönmez, N., Atik, B., San, P. (1991), Türkiye’nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi, *Aile ve Toplum*, 1(1), 57-70.
- Bilgiç, H. (2015). Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
- Boyd Webb, N. (2011). *Çocuklarla Sosyal Hizmet Uygulaması*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Cüceloğlu, D. (1998), *İnsan ve Davranışı*, İstanbul.: Remzi Kitabevi.
- Çınar, S., Ay, A., ve Boztepe, H. (2018, 05 15). Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 25-39.
- Çitil Canbay, F. ve Şeker, S. (2018). Sarsılmış bebek sendromunun yönetimi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 10(5), 1-5.
- Dallar Bilge, Y., Taşar, M. A., Kılınçoğlu, B., Özmen, S., ve Tıraş, Ü. (2013). Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(14), 27-35.
- deMause, L. (2020). *Çocuk İstismarı ve Savaşın Kökenleri*. İstanbul: Pales Yayınları.

- Demir, H. (2011) Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Edirne, 2013.
- Dinleyici, M. ve Şahin Dağlı, F. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi* (38), 1-10.
- Derin, S. ve Öztürk, M. (2021). Çocuk istismarıyla mücadelede eğitim kurumlarının rolü. H. Aydın, ve M. Eken içinde, *Çocuk İstismarı: Multidisipliner Yaklaşım* (s. 33-78). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dikici, E. (2020). *Otorite ve güç ilişkisi bağlamında aile türleri*. Dikici E., Tire O. ve Sevim Adıgüzel, Z. (Der.), Aile ve Sosyoloji içinde (ss. 58-75). Konya: Eğitim.
- Dupper, D. R. (2013). *Okul Sosyal Hizmeti-Etkin Uygulamalar İçin Beceri ve Müdahaleler*. (Y. Özkan, ve E. Gökçearslan Çifci, Dü) New Jersy: Kapital.
- Duyan , V. (1996). *Tıbbi Sosyal Hizmet (Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut)*. Ankara: Bilgisayar Yayıncılık.
- Duyan, V., Özgür Sayar, Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Er, M. (2006, Nisan-Haziran). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* (49), 155-68.
- Erbaydar, T. (2002, Temmuz-Ağustos). *Sağlık; kimin için?* Kasım 23, 2021 tarihinde Toplum ve Hekim: https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=1686 adresinden alındı
- Gölbaşı, Z. (2005). Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 100-108.
- Gölge, Z. B., Hamzaoglu, N., ve Türk, B. (2012). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçölmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 26(2), s. 86-96. doi:10.5505/adlitip.2012.36349
- Gözübüyük, A. A., Duras, E., Dağ, H. ve Arıca, V. (2015). olağanüstü durumlarda çocuk sağlığı. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 324-330.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1994). *Çocuk ve Çevre*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z. ve Aydođan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 24(3), 128-134.
- Gültekin, G. ve Baran, G. (2005). Hastalık ve çocuk. *Aile ve Toplum*. 10 10, 2021 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/198149> adresinden alındı

- Gürel, B. (2020). *Çocuk Kavramı ve Çocuğun Cinsel İstismarı*. İstanbul: Platon Hukuk Yayınevi.
- Işık Metinyurt, H. A. ve Yıldırım Sarı, H. (2016). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet*, 1(1), s. 101-121. Ocak 1, 2022 tarihinde alındı.
- İltaş, Y.ve Işık Yılmaz, B. (2021). *Çocuk İstismarı ve İhmali Kapsamında Çocukların Cinsel Dokunulmazlığına Karşı Suçlar*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- İnan, A. N. (1980). Çocuğun korunması ve polis. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 37(1), 243-250.
- İşmen, E.ve Aydın, B. (1996). Duygusal istismarın liseli ergenlerin kendini kabul seviyelerine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*(8), 127-134.
- Kabakoğlu, H. (2018.) Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi: Hatay.
- Kadushin, A.,ve Kadushin, G. (2016). *Sosyal Hizmet Görüşme Teknikleri*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*(47), 140-151.
- Karataş, K., Attepe Özden, S., Ege, A., Engin, F., Erim, F. ve Aslan, H. (2016). *Ankara Sokaklarında Çalıştırılan Çocuklar: Sorunlar ve İhtiyaçlar*. Ankara: Anıl Grup Matbaacılık.
- Kaya Kılıç, A. ve Tekin, H. H. (2019). Sosyal hizmet uzmanlarının korunmaya muhtaç çocuk birimlerinde ihmal ve istismar vakalarına verilen hizmetlerin niteliğine ilişkin görüşleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 843-865.
- Kaytez, N., Yücelyiğit, S. ve Kadan, G. (2018, Haziran). Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 18-24.
- Keser, İ. (2021). *Çocuk Cinsel İstismarı*. Adana: Karahan Kitabevi.
- Kır M. (2015). Sağlık yöneticilerinin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve farkındalık düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi. İstanbul
- Kocaer, Ü. (2006). Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaliine yönelik farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul
- Kocasakal, Ü. (2017). *Suç Bildirmeme Suçları*. İstanbul: Vedat Kitapçılık.

- Konuk Şener, D. ve Ocakçı, A. F. (2014). Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine çok boyutlu etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 57-68.
- Kozcu, Ş. (1991), Çocuk istismarı ve ihmali. *Aile Yazıları 3.,Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi*, 5(3), 379-390.
- Kurt, G. ve Gün, İ. (2017). Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları. *Adli Tıp Dergisi*, 31(2), 59-67.
- Kurtay, D. ve Kurtay, A. (2020). *Geçmişten Günümüze Çocuk İstismarı: Tüm Yönleriyle*. İstanbul: Cinius Yayınları.
- Onat, G., Dinç, H., Günaydın, S., ve Uğurlu, F. (2015). Çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya istismarın benlik saygısına etkisinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 9-15.
- Oruç, M. A. ve Öztürkler, M. (2013). *Çocuk ve Ergen Sağlığı*. Ankara: Hangar Marka İletişimi ve Reklam Hizmetleri.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö. ve Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (4), 13-22.
- Öneş, A. (1972). *Freud Seçmeler*. Milliyet Yayınları.
- Özbek, A. ve Miral, S. (2003). Çocuk ruh sağlığı açısından prematüre. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*(46), 317-327.
- Özdemir, U. (2019). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özbesler, C. (2013, 12 1). *Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi*.10.10.2021 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd/issue/52278/684021> adresinden alındı
- Özyürek, A., Çetin, A. ve Yıldırım , R. (2018). Aile hekimi ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 436-453.
- Paslı, F. (2017). Çocuk koruma merkezine gelen istismara uğramış çocukların değerlendirmesi: gazi üniversitesi çocuk koruma merkezi örneği. S. Attepe Özden, ve E. Özcan içinde, *Tıbbi Sosyal Hizmet* (s. 93-112). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Paslı, F. (2019). *Söylemeye Korkmak-Çocuk Cinsel İstismar Vakaları*. Ankara: Nika Yayınevi.
- Picca, G. (1992). *Krimonoloji*. Çev: Ebru Erbaş, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Piş, D. (2013). İstismar ve ihmale uğrayan çocukların psiko-sosyal özellikleri (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi: Konya.

- Polat Külçü, D. ve Karataş, H. (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 48-58.
- Polat, O. (1999). *Çocuk Hakları Nedir?* İstanbul: Analiz Yayınları.
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet*. İstanbul: Der Yayınları.
- Russell, M., Lazenbatt, A., Freeman, R. ve Marcenés, W. (2004). Child physical abuse: Health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs*, 9: 332-338.
- Sofuoğlu, Z. ve Cankardaş Nalbantçılar, S. (2018). Hastanelere yönlendirilen adli çocuk istismarı olguları ile sağlık çalışanlarınca saptanan çocuk istismarı olgularının özelliklerinin karşılaştırılması. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 8(3), 189-195.
- Solak, Y. (2018). Adana il merkezi aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktorların çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi. (Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi. Adana.
- Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği. (2011). *Sosyal hizmet ve çocuk hakları*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.
- Sözen, Ş. (2005). *Çocuk istismarını tanıma ve önlemede sağlık çalışanlarının rolü*. 27. *Pediatric Günleri Ve 6. Pediatric Hemşireliği Günleri, Çocuk Dergisi*, Bilimsel Program Ve Özet Kitabı, 12-14
- Sürsavur, L. ve Demirel, K. M. (2018). Okullarda çocuk ihmal ve istismarı. R. Bozkurt içinde, *Sosyal Hizmet* (s. 63-73). Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82-86.
- Taş, A. (2017). Hacettepe üniversitesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tercan, M. (1995). Çocuğun ana-babası tarafından fiziksel istismarı ve ihmali. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tınmaz Pehlivan, G., (2016). Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi ve bu konuda verilen planlı eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi. Denizli.

- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Tirosh, E., Shekter, S.O., Cohen, A. Ve Jaffe M. (2003) Attitudes to wards corporal punish mentan dreorting of abuse. *Child abuse and neglect*; 27(8):929-937.
- Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal Çalışma Sözlüğü*. Ankara: Selvi Yayınevi.
- Topçu, S. (2009). *Silinmeyen İzler*. (B. Özçelik, Dü.) Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Turan, A. ve Traş, Z. (2016). Çocuk İhmal ve İstismarı. N. Sargın, S. Avşaroğlu, ve A. Ünal içinde, *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar* (s. 37-58). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Turan, N. ve Dokgöz, H. (2007). Çocuk anneler. *Adli Tıp Bülteni*, 12(3), 136-141.
- Turan, N. (2012). *Birey ve Aileler ile Sosyal Hizmet*. Ankara: Özbaran Ofset Matbaacılık.
- Turhan, E., Sangün, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 153-157.
- Uğurlu, Z. ve Gülşen, İ. (2014). Çocuk hakları ve hukuku bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-24.
- Uncu, F. (2013). Elazığ ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Fırat Üniversitesi; Elazığ.
- Uslu, G. (2010). Multidisipliner ekipte yer alan meslek gruplarının çocuk ihmal ve istismarına ilişkin görüş ve tutumları. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi. Kayseri.
- Uslu, G. (2019). Çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışan profesyonellerin sunulan hizmetlere ilişkin değerlendirmeleri. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi. Ankara.
- Uysal, A. (1998). Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*(1), 9-18.
- Ünal, H. B. (2017). Ebeveyn çocuk ihmal ve istismarı farkındalık ölçeği'nin geliştirilmesi ve uygulanması. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Ünsal, A. (1998). Çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etmen olarak aile. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 301-315.
- Ünver, Y. (2012). *Adliye Karşı Suçlar*. Seçkin Yayıncılık.
- Üstündağ, A. (2020). Duygusal ihmal ve istismara uzmanların bakış açısı. *Journal of Economy Culture and Society*(61), 125-140.
- Van Haeringen, A., Dadds, M. and Armstrong, K. (1998)The child abuse lottery will the doctor suspect and report? physician attitudes to wards and reporting of suspected child abuse and neglect, *Child Abuse Negl.*, 22(3):159-69.
- Vatandaş, N. (2006). Fiziksel İstismar. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, (ss. 13-18). Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Yaşar, M. (2016). *Çocuk İhmal ve İstismarı*.
https://anaokulu.cu.edu.tr/_/file/2_COCUK_IHMAL_VE_ISTISMARI.pdf
adresinden alınmıştır
- Yalom, I. (1999). *Varoluşçu Psikoterapi*. İstanbul: Kabalcı Yayıncılık.
- Yaman, S. (2017). Cumhuriyet üniversitesi hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.
- Yayan, E. H. ve Zengin, M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 226-233.
- Yenibaş, R. ve Şirin, A. (2007). *Ailede Çocuğun İstismarı ve Umutsuzluk*. Ankara: Nobel Basımevi.
- Yiğit, İ. ve Erden, G. (2015). Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 47-59.
- Yıldırım Sarı, H., Ardahan, E. ve Özgüven Öztornacı, B. (2016). Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 501-511.
- Yıldız, Y., Kaçar, M., Albayrak, E., Çalaboğlu, T., Çakmak, S. ve Bayraktar, T. (2017). Çocuk ihmal ve istismarı hakkında ilköğretim öğretmenlerinin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 24(4), 303-309.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2010). Çocukların ihmal ve istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 73-83.

- Yöntem Fidan, T. (2011). Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(1), 1-8.
- Yurdakök, M. (2005). Dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* (48), 203-205.
- Zastrow, C. (2010). *Sosyal Hizmete Giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.



EKLER

Ek 1.Sosyodemografik Bilgi Formu

Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Hizmet Yönetimi ABD yüksek lisans öğrencisi Mansur ÜSTÜNSOY tarafından hazırlanmıştır. Bu çalışmanın amacı; Gümüşhane İlinde görev yapmakta olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimlerinin tespit edilmesidir. Ankette kimliğinize dair sorular bulunmamaktadır. Elde edilen verilen yüksek lisans tez çalışması için kullanılacaktır. Bu ankete katılmanızda herhangi bir zorunluluk yoktur. Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına, çocukların korunmasına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz

a)kadın b) erkek

2) Yaşınız.....

3) Medeni Durumunuz

a)evli b) bekar

4)Çocuğunuz var mı?

a)Evet b) Hayır

5) Mesleğiniz :.....

6)Eğitim durumunuz;

a)Lise

b)Önlisans

c)Lisans

d)Yüksek Lisans

e)Doktora/ tıpta Uzmanlık

7) Çalıştığınız kurum:

8) Çalıştığınız birim :.....

9) Mesleğinizdeki çalışma yılınız:.....

10) Okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı?

a) evet b) hayır

11) Yanıtınız evet ise süresi saat.

12) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminere/konferansa katıldınız mı?

a) evet b) hayır

13) Mesleğe başladıktan sonra çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14) Yanıtınız evet ise eğitimi nereden aldınız?

.....

15) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak ister misiniz?

a) Evet b) Hayır

16) Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismarı ve ihmali de aklınızda bulundurur musunuz?

a) Evet b) Hayır

17) Meslek hayatınızda herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaştınız mı?

a) evet b) hayır

18) Yanıtınız evet ise bu durumda ne yaptınız?

.....

19) Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

a) Evet b) Hayır

20) Cevabınız evet ise nereye bir bildirim yaparsınız?

.....

21)Cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

a)Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için

b)Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için

c)Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için

d)Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için

e)Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için

f)başımınbelaya gireceğini düşündüğüm için

g)Diğer.....

22)Size göre toplumda en sık karşılaşılan çocuk istismar türü hangisidir?

a) Fiziksel istismar b) Duygusal istismar c) Cinsel istismar d) İhmal

23)Çalıştığınız kurumda çocuk istismar ve ihmeline yönelik talimat yada prosedür var mı?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

24)Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik eğitim aldınız mı?

a) Evetb) hayır

25)yanıtınız evet ise eğitimi kimden(mesleği) aldınız?

.....

26)cevabınız evet ise aldığınız bu eğitimin yeterli ve faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

a) evet b) hayır

27)Çocuk istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda yasal yükümlülüklerinizin neler olduğunu biliyor musunuz? (cevabınız evet ise açıkla mısınız?)

a) Evet.....b) Hayır

28)Siz çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

- a)çok yeterli
- b)yeterli
- c)kısmen yeterli
- d)yeterli değil
- e)hiç yeterli değil

29)Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyuyor musunuz?

- a)evet b)hayır



Ek 2. “Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK					
Bu anketlerde elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Çocuk istismar ve ihmal konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.					
	Cok Dogru	Oldukca Dogru	Kararsizim	Pek Dogru Degil	Hiç Dogru Degil
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	()	()	()	()	()
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin 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; kolları, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla sırtık izine rastlanır.	()	()	()	()	()
7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığına düşündürmektedir.	()	()	()	()	()
8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	()	()	()	()	()
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, 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.Intrakranial(kafa-ıçi) ve intraoküler(göz-ıçi) 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 kasıntı 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 ihmal 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. İstismarveihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsaygıları yüksektir	()	()	()	()	()
29. İstismarveihmale uğrayan çocukların hiperaktif davranışlar gösterebilirler	()	()	()	()	()
30. İstismarveihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez	()	()	()	()	()
31. İstismarveihmale 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 bağlıdır.	()	()	()	()	()
35. İstismarveihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	()	()	()	()	()
36. İstismar ve ihmale uğramış çocukların sıklıkla göz göze iletişime giremezler	()	()	()	()	()
37. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	()	()	()	()	()

	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
38. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler ve ya hırsızlık yaparlar.	()	()	()	()	()
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	()	()	()	()	()
39. istismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	()	()	()	()	()
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	()	()	()	()	()
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar eder	()	()	()	()	()
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 ihmalinde 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 ihmal 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 ihmalde önemi yoktur.	()	()	()	()	()
53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	()	()	()	()	()
54. Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale 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 ihmale uğramasını etkilemez.	()	()	()	()	()

	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	()	()	()	()	()
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkindir.	()	()	()	()	()
59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	()	()	()	()	()
60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	()	()	()	()	()
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	()	()	()	()	()
62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.	()	()	()	()	()
63. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	()	()	()	()	()
64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	()	()	()	()	()
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkindir.	()	()	()	()	()
66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	()	()	()	()	()

Ek 3. Kurum İzni



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜMÜŞHANE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda,
gereğini arz ederim.

Araştırmamın:	
Adı:	Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri: Gümüşhane Örneği
Amacı:	Bu çalışmanın amacı; Gümüşhane İlinde görev yapmakta olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimlerinin tespit edilmesidir
Yöntemi:	Bu çalışmada için gerekli verilerin toplanmasında ölçek ve demografik bilgilerin yer aldığı bilgi formu kullanılacaktır. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek' veri toplama aracı olarak kullanılacaktır.
Uygulanacağı Yerler:	Gümüşhane Devlet Hastanesi Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü Gümüşhane Merkez Tanımlı Sağlık
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	
Başlama Tarihi ve Süresi:	15/12/2021-15/02/2022
Tez Çalışması ise Danışman	Erkan DİKİCİ
Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	

NOT: 1- Araştırma çalışmaları başvuru formu ile birlikte hastaneye başvuru yapılmalıdır
2- İş bu form araştırma çalışmanın kurumda yapılabilmesi için Hastane Yöneticiliğinin uygun görüşü ifade ettiği için araştırmaya başlamak için yeterli değildir



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜMÜŞHANE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda,
gereğini arz ederim.

Araştırmamın:

Adı:	Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri: Gümüşhane Örneği
Amacı:	Bu çalışmanın amacı; Gümüşhane ilinde görev yapmakta olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimlerinin tespit edilmesidir
Yöntemi:	Bu çalışma için gerekli verilerin toplanmasında ölçek ve demografik bilgilerin yer aldığı bilgi formu kullanılacaktır. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek* veri toplama aracı olarak kullanılacaktır.
Uygulanacağı Yerler:	Gümüşhane Devlet Hastanesi Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü Gümüşhane Merkez Toplum Sağlığı
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	
Başlama Tarihi ve Süresi:	15/12/2021-15/02/2022
Tez Çalışması ise Danışman	Erkan DİKİCİ
Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	

NOT: 1- Araştırma çalışmaları başvuru formu ile birlikte hastaneye başvuru yapılmaktadır.
2- İş bu form araştırma çalışmanın kurumda yapılabilmesi için Hastane Yöneticiliğinin uygun görüşü ifade ettiği için araştırmaya başlamak için yeterli değildir



T. C. :
SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜMÜŞHANE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Bu protokol Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü ve Gümüşhane Üniversitesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü
Gümüşhane Devlet Hastanesi
Gümüşhane Ale Sağılığı Merkezleri

Çalışmanın Adı: "Hekimlerin Gevrek ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yöntemleri ve Etkin Gerçekleşimleri: Gümüşhane Örneği"
Çalışma yürütücüsünün

Adı-Soyadı: Mansur Özcan
Unvanı: Öğrenci
Adresi: :
Tel: :
E-mail: :
Fax: :

1- Çalışmada yer alan diğer araştırmacıların:

Adı Soyadı	Unvanı	Çalıştığı Kurumu	Sorumluluğu	İmza

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü personelinin de yararlanılacaksa ayrıca Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Müdürlük) ismi zikredilmeyecektir.



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜMÜŞHANE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Protokolün süresi:

Bu çalışmanın yürütücüsü kuramlarımızda 2... süre ile çalışmasını yürütecektir.

a) 15/12/2021... Başlangıç 15/02/2022... /Bitiş

- b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- c) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saba çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Gümüşhane ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezaî müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Tarih: 03/12/2021
Adı Soyadı: Mehmet Emin
İmza

.../.../20...

OLUR

.../.../20...

Dr. Necip YEMENİCİ
İl Sağlık Müdürü

Ek 4.Ölçek Kullanım İzni

11.10.2021

Sayın Mansur ÜSTÜNSOY, (Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Hizmet Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrenci) Planlamış olduğunuz araştırmanızda, geliştirmiş olduğum “Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik ölçek”i kullanma isteğiniz beni çok memnun etti. Öncelikle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim. Ölçeğin ülkemizde farklı örneklem gruplarında, daha geniş popülasyonda test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak, geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir. Çalışma verilerinizi göndermeniz, yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederim.

Prof.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

ETİK KURUL KARARI

T.C. GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ
Rektörlüğü



GÜMÜŞHANE
UNIVERSITY
Rector's Office

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

(Proje Onay Formu)

TARİH	: 2021/7 Sayılı ve 09/11/2021 tarihli
YER	:
ÜYELER	: Prof.Dr. GÜNAY ÇAKIR (Başkan) Prof.Dr. HASAN AYAYDIN (Üye) Prof.Dr. MÜGE YILMAZ (Üye) Prof.Dr. BAYRAM NAZIR (Üye) Prof.Dr. EKREM CENGİZ (Üye) Prof.Dr. HURİ İLYASOĞLU (Üye) Prof.Dr. FERKAN SİPAHİ (Üye)
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU PROJE ONAY FORMU	
Projenin Adı:	Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri: Gümüşhane Örneği
Projenin Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi
Proje Araştırmacıları:	Mansur ÜSTÜNSOY Erkan DİKİCİ (Tez Danışmanı)
Proje Yürütücüsünün Haberleşme Bilgileri:	Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü
Araştırmacının Amacı:	"Çocuk" ifadesi, geçen günümüze toplum yapılarına, dini ve ahlaki değerlerine, kültürüne vb. yapılaraya göre değişen bir kavram olmuştur (Pişi, 2013). Ancak yer ve zaman kavramı fark etmeksizin var olan bir gerçek vardır ki o da korunma, bakım ve duygusal ihtiyaçlarının ortak olduğudur. Yaşadığımız ülkelerin ya da global anlamda dünyanın iyi bir yer olmasını

	istiyorsak işe önce çocuklardan başlamamız gerekir. Zira geçmişi ve geleceği belirleyen ve toplumun refah seviyesini artıran yine çocuklar olacaktır (Topçu, 2009: 11). Çünkü bugünün küçükleri yarın topluma yön veren yetişkinler olarak karşımıza çıkacaktır. Çocuklar, 18 yaşını doldurmamış, en önemli ihtiyacı korunma, bakım, beslenme ve ilgi olan, büyüyüp gelişen ve topluma katılan kişilerdir. Çocukların bu ihtiyaçlarının karşılanmasında ve desteklenmesinde ebeveynlerine ya da bakımını üstlenen yetişkinlere büyük görev düşmektedir (Topçu, 2009; Üstündağ, Şenol & Mağden, 2015 akt. Kahraman vd., 2020: 694). Çocuk bakımı ve çocuğun sosyalizasyonu, ekonomik olarak ihtiyaçlarının karşılanması, uzun süreli bakım ve diğer bakım sunumları aile yaşantısının temel görevlerindendir (Barker, 1999 akt. Arkan, 2011: 32). Gerek bu görevleri tam olarak kavrayamayan gerekse yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayan ebeveyn ya da bakım verenler tarafından çocuklar zaman zaman örselenmekte, ihmal edilmekte en kötüsü de istismara maruz kalabilmektedir. Aile içinden ya da bir yabancı tarafından kötü muameleye maruz kalan çocuklar hakkında çeşitli araştırmalar ve kuramlar yer almasına rağmen çözümüne yönelik yeterli bir çalışma ya da politika bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı; Gümüşhane İlinde görev yapmakta olan hekimlerin çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimlerinin tespit edilmesidir.
Araştırmanın Gerekçesi:	Gerçekleştirilen literatür taraması sonucu Gümüşhane İlinde daha önce ihmal ve istismar kavramına yönelik hekimlerin bilgi düzeylerini ortaya koyan bir araştırmaya rastlanılmadığından özgün olacağı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık eğitimi alan ve insan anatomisi ve fizyolojisi üzerine yoğunlaşan hekimlerin toplumsal sorunlar, yasal sorumluluklar ve insan psikolojisine yönelik farkındalık düzeylerinin tespiti araştırmanın gerekçesini oluşturmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi:	Bu çalışma için gerekli verilerin toplanmasında ölçek ve demografik bilgilerin yer aldığı bilgi formu kullanılacaktır. 'Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek' veri toplama aracı olarak kullanılacak ve SPSS paket programında ilgili analizler yapılacaktır. Çalışmanın evrenini Gümüşhane İlinde görev yapmakta olan hekimler oluşturmaktadır.
Kullanılacak biyolojik, psikolojik ve teknik vb. tüm yöntemleri açıklayan etik ile ilgili özet:	Nitel araştırma tekniklerinden anket tekniği uygulanarak yapılacaktır. Araştırmaya katılacak kişilerin isim, soy isim, adres, telefon numarası gibi özel bilgileri bilgi formunda yer almayacaktır.

Gümüşhane Üniversitesi Edebiyat Fakültesi öğretim üyelerinden Sayın Dr. Öğr. Üyesi Erkan DİKİCİ'nin "Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları İle Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri: Gümüşhane Örneği" adlı projesi değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ✓

Projenin etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

İ

ÖZGEÇMİŞ

2008-2012 yılları arasında lise eğitimi Bartın Davut FIRINCIOĞLU Anadolu Lisesi'nde tamamladım. Mezun olduğum 2012 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet bölümünü kazandım. 2013 yılı Haziran-Temmuz aylarında Bartın Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nde, 2014-2015 döneminde İbni Sina Hastanesi Geriatri Polikliniğinde 2015-2016 döneminde Keçiören Rehberlik ve Araştırma Merkezinde stajlarımı tamamladım. 2013-2015 yılları arasında Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği'nde gönüllü olarak çalıştım. 2016 yılında mezun oldum. 2017 yılında Bartın Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünde Aile Sosyal Destek Personeli olarak göreve başladım. Çalıştığım süre zarfında İşaret Dili Eğitici Sertifikası aldım. 2018 yılında istifa ettim ve Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü'ne sosyal çalışmacı olarak atandım. 2022 yılı Mart ayından beri Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü'nde sosyal çalışmacı olarak görev yapmaktayım.