



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**TNSA 2018 VERİLERİNE GÖRE TÜRKİYE’DE YAŞAYAN SURİYE’Lİ
GÖÇMEN VE TÜRK ÇOCUKLARDA İHMAL İLE İLİŞKİLİ
DURUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. SONER ALINCAK
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DÜZCE 2025



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**TNSA 2018 VERİLERİNE GÖRE TÜRKİYE’DE YAŞAYAN SURİYE’Lİ
GÖÇMEN VE TÜRK ÇOCUKLARDA İHMAL İLE İLİŞKİLİ
DURUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR SONER ALINCAK

Tıpta Uzmanlık Tezi

PROF. DR. BORA BÜKEN

Tez Danışmanı

DÜZCE 2025

ÖNSÖZ

Zannederdim ki; çocuklar, herkesçe korunup kollanır, el üstünde tutulur. Ben ailemde ve büyüdüğüm çevrede böyle gördüm, çocukların önemini vurgulayan liderlerin önderliği ile yetiştirildim çünkü. Evi, ailesi için çalışan bir baba, yuvasını gözeten anne, kardeşleri için hep özverili bir abla, kanatları altında güveni yaşatan bir abi... Zamanla, dışarıdaki yaşama karıştıkça, okuyup araştırdıkça anladım ki; bu algımın tek sebebi şanslı olmam imiş... Tüm söyleneceklerin başında en büyük şansım olan aileme şükranlarımı, saygımı sunmak isterim. İyi ki varsınız, var olarsınız.

Günlük yaşamda çocukların dahil olduğu üzücü durumlarla karşılaştım. Fakat Adli Tıp eğitim sürecindeki gözlemim bu tabloyu çok daha aşikar kıldı. İstismarın türlerine maruz kalan, yaralanan, suça sürüklenen ama aynı zamanda yarının büyüğü, geleceğin mimarı çocuklar... Konu üzerine eğildikçe; çocuk istismarı sıklıkla araştırılmış olsa da çocuk ihmalî konusunun pek de öyle olmadığı, multidisipliner bir yaklaşım ile her yönüyle ele alınması gerektiği düşüncesi hakim oldu. Bu tez, bahse konu düşüncenin ürünüdür.

Bir araştırmanın gerçek tabloyu yansıtabilmesinde araştırma örnekleminin ne denli önemli olduğu herkesin malumu. Ne mutlu ki ülke geneli temsiliyeti olan örneklem ile çalışma imkanım oldu. Bunun için, üstün gayret ve büyük bir emek ile çalışan, verilerini farklı araştırmacılardan esirgemeyen HÜNEE'ye teşekkür etmek isterim. Yaptıkları çalışmaların kıymetini görüyorum ve bunun için minnettarım.

Her eğitim gibi tıpta uzmanlık eğitimi de zorlu olsa da donanımlı, özverili, anlayışlı, beyefendi, mütevazı bir eğiticinin önderliğinde keyifli bir süreç oluyormuş. Bana bu keyfi yaşatan, yorgunluğumu tatlı kılan; eksik de olsa tarif ettiğim kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Bora BÜKEN'e sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Eğitim sürecini birlikte yaşadığımız, desteklerini esirgemeyen, kolaylıkta zorlukta yanımda olan, yalnızca akademik anlamda değil, insani açıdan da büyük desteklerini hissettiğim, birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım değerli mesai arkadaşlarıma;

Yalnızca sekreteryâ işlerini yapmakla kalmayıp arkadaşlığını sunan büyüklerim İbrahim ÖZDEMİR, Hayrettin YAVUZ'a; kıymetli dostum Bilal YILMAZ'a ve Düzce Adli Tıp çalışanlarına;

“Hep Kıymetli” olana...Eşim, arkadaşım, yoldaşım, istatistikçim Sevde SANCAR'a en güzel sevgi, saygı ve muhabbet ile...

Teşekkür ederim.

Bugünün küçüğü yarının büyüğü, üzerimizde hakları olan “çocukların”

İhmale, istismara, savaşımlara, yoksulluğa maruz kalmamaları temennisi ile...

ÖZET

Amaç: Çok sayıda ülke tarafından kullanılan standart yöntem ile elde edilmiş veriler üzerinden Türkiye’de yaşayan Suriyeli göçmen ve Türk çocuklarda, çocuğa kötü muamele çeşidi olan ihmal maruziyetini ve maruz kaldıkları ihmal türlerini ve ilişkili faktörleri değerlendirmektir. Böylece çocuk ihmalinin ülkemizdeki durumu hakkında bir tablo çizmek, diğer ülkelerle kıyaslanabilecek nitelikte tespitler yaparak ihmal konusunda yapılabilecek çalışmalara katkıda bulunmak, ülkemizde çocuk ihmaliyle ilişkili olan durumların belirlenmesine dolayısıyla alınacak önlemlere ışık tutmak, çocuk ihmalinin önlenmesi açısından multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini vurgulamak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)’nin onayı alınarak, 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması kapsamında Ekim 2018 - Şubat 2019 tarihleri arasında yapılan araştırmaya dahil edilmiş 15-49 yaş arasındaki kadınlardan, 0-5 yaş arası çocuğu bulunan 2032 Türk ve 1191 Suriyeli göçmen çocuk hakkındaki veri kullanılmıştır. Bağımsız ve bağımlı değişkenler üzerinden tanımlayıcı ve ileri istatistiksel analiz yapılmış olup kategorik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla Pearson ki-kare ve Fisher Kesinlik Testi uygulanmıştır. Ayrıca, çocuk ihmali ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenmek üzere, farklı özellikleri dikkate alan 3 model ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Türkiye’de yaşayan çocuklarda, türünden bağımsız olarak, Suriyeli göçmen çocukların Türk çocuklara göre daha yüksek oranda ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir. İhmal maruziyet sıklıkları Türk çocuklarda %29,7 ve Suriyeli göçmen çocuklarda %66,1 olarak tespit edilmiştir. Her iki grupta da en yüksek oranda maruz kalınan ihmal türünün eğitim ihmali olduğu, en düşük oranda maruz kalınan ihmal türünün ise sosyal destek ihmali olduğu saptanmıştır. Çocukların ihmal maruziyetlerini etkileyen sosyodemografik özelliklerin her iki grupta farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Türk çocuklarda hanehalkı özelliklerinin tüm değişkenleri ile ihmal maruziyetinde etken olduğu, Suriyeli göçmen çocuklarda ise yalnızca kardeş sayısının etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ebeveyn özellikleri açısından hem anne yaşının 19-35 arasında olması ve anne-baba eğitim düzeylerinin düşük olması her iki grupta da anlamlı etken olduğu görülmüştür. Baba yaşının genç olması Suriyeli göçmen çocuklar için, annenin çalışmaması ise Türk çocuklar için anlamlı bir etken faktör olarak saptanmıştır. Her iki grupta da daha küçük yaşlardaki çocukların ihmal maruziyetlerinin daha yüksek oranda olduğu, çocuğun cinsiyetinin ise ihmal maruziyetinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır. Bulgularımıza göre ihmal maruziyetini en çok artıran değişkenlerin Türk çocuklarda refah seviyesi (8 kat) iken Suriyeli göçmen çocuklarda anne eğitim düzeyi (3 kat) olduğu tespit edilmiştir. Kalabalık evde veya kırsal alanda yaşamak, planlanmamış gebelik gibi değişkenlerin etkileri gruplar arası farklılık göstermiştir. Çalışmamızda,

literatürle uyumlu olarak, ihmal maruziyeti saptanan çocuklarda erken çocukluk gelişiminin de daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çocuk ihmali, çocuğa kötü muamelenin tüm dünyada en yaygın görülen ve hem bireyi hem toplumları tehdit eden bir problemdir. Çocukluk dönemi maruz kalınan ihmal çocukta bedensel, ruhsal, davranışsal pek çok kalıcı hasara neden olmakta en ağır form olarak ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Çocukluğunda ihmale maruz kalmış bireylerde şiddete yatkınlık, yasadışı madde kullanımı vb. adli boyutu olan sonuçlara neden olmaktadır. Literatürle uyumlu şekilde, çalışmamızda da; düşük refah düzeyi, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi, kalabalık ve standart dışı yaşam koşulları gibi durumların çocuk ihmalini artıran risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir. Erken dönemde tespiti ile sonuçları önlenemeyen bir durum olduğu bildirilen çocuk ihmali, sosyal yönü yanı sıra multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken çok boyutlu bir sağlık problemidir. Çocuk ihmalinin bireysel ve toplumsal sonuçları ile ülkemizdeki göçmen nüfus yoğunluğu ve göçmen nüfusta çocuk ihmalinin yaygınlığı bir arada düşünüldüğünde problemin ciddiyetle ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte bu alana yakın zamana kadar gereken ilgi gösterilmemiş, çocuk ihmali “ihmal edilen bir alan” olarak kalmıştır. Günümüzde çocuk ihmali uluslararası kuruluşlar ve hükümetler tarafından da dikkat çekilen bir konu olmakla birlikte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu alanda bilimsel açıdan da kapatılması gereken büyük bir boşluk bulunmaktadır. Çalışmamız, ülke geneli temsil gücü bulunan hem Türk hem de Suriyeli göçmen örneklemelerden elde edilen veriler kullanılarak yapılmış olması ve kullanılan verilerin 100’e yakın ülkede kullanılan standart yöntemlerle elde edilmiş olmasıyla diğer ülkelerle kıyaslanabilirliği açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk İhmali, Çocuğa Kötü Muamele, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)

ABSTRACT

Purpose: This study aimed to estimate was to provide an estimate of the prevalence of neglect, a subtype of child maltreatment, and to evaluate the types of child neglect and associated factors among Syrian migrant and Turkish children live in Turkey based on data which is obtained by using standardized methods employed in numerous countries. Thus, it is aimed to draw a picture about the situation of child neglect in our country, to contribute to the studies on neglect by making determinations that can be compared with other countries, to shed light on the determination of the situations related to child neglect in our country and therefore the measures to be taken, and to emphasize the necessity of a multidisciplinary approach in terms of preventing child neglect.

Materials and Methods: In our study, with the approval of Hacettepe University Institute of Population Studies (HUIPS), we used data on 2032 Turkish and 1191 Syrian migrant children aged 0-5 years among women aged 15-49 years who were included in the survey conducted between October 2018 and February 2019 as part of the 2018 Turkey Demographic and Health Survey. Descriptive and advanced statistical analysis was performed on independent and dependent variables, and Pearson chi-square and Fisher's exact test were applied to compare categorical variables. In addition, in order to examine the relationship between child neglect and independent variables, logistic regression analysis was performed with 3 models taking into account different characteristics.

Results: Among children living in Turkey, Syrian migrant children were found to be exposed to neglect at a higher rate than Turkish children, regardless of the type. The frequency of exposure to neglect was 29.7% among Turkish children and 66.1% among Syrian migrant children. In both groups, the highest rate of neglect exposure was found to be educational neglect and the lowest rate of neglect exposure was found to be social support neglect. Sociodemographic characteristics affecting children's exposure to neglect were found to differ in both groups. In Turkish children, household characteristics were found to be a factor in exposure to neglect with all variables, while in Syrian immigrant children, only the effect of the number of siblings was found to be statistically significant. In terms of parental characteristics, the age of the mother between 19-35 years and the low level of parental education were found to be significant factors in both groups. A young father's age was found to be a significant factor for Syrian immigrant children, while the mother's not working was found to be a significant factor for Turkish children. In both groups, it was found that younger children were more likely to be exposed to neglect and the gender of the child did not have a significant effect on exposure to neglect. According to our findings, the variables that increased the exposure to neglect the most were found to be the level of wealth (8 times) in Turkish children and the level of mother's education (3 times) in Syrian immigrant children. The effects of variables such as living in crowded houses or rural areas and unplanned

pregnancy differed between groups. In our study, in line with the literature, early childhood development was also found to be lower in children with exposure to neglect.

Discussion and Conclusion: Child neglect is the most common form of child maltreatment worldwide and is a problem that threatens both individuals and societies. Childhood neglect causes many permanent physical, psychological and behavioral damages in children and may result in death as the most severe form. Individuals who have been exposed to neglect in childhood are prone to violence, illegal substance use, etc. It causes forensic consequences. In line with the literature, in our study, low welfare level, low education level of parents, crowded and non-standard living conditions were found to be risk factors that increase child neglect. Child neglect, which is reported to be a condition whose consequences can be prevented with early detection, is a multidimensional health problem that should be addressed with a multidisciplinary approach as well as social aspects. When the individual and social consequences of child neglect and the density of migrant population in our country and the prevalence of child neglect among migrant population are considered together, it is understood that the problem should be taken seriously. However, this field has not received the attention it deserves until recently, and child neglect has remained a “neglected field”. Today, although child neglect is an issue that has been drawn attention by international organizations and governments, there is a big gap in this field that needs to be filled from a scientific point of view in our country as in the whole world. This study is significant for its use of nationally representative data from both Turkish and Syrian migrant samples and the utilization of standardized methods employed in nearly 100 countries, allowing for international comparisons.

Keywords: Child Neglect, Child Maltreatment, Turkey Demographic and Health Survey (TDHS)

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİL DİZİNİ	ix
TABLO DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
EKLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Çocuk İhmali Tanımı ve İlgili Kavramlar	1
2.3. Çocuk İhmali Türleri	4
2.3.1. Fiziksel İhmal	4
2.3.2. Duygusal İhmal	5
2.3.3. Tıbbi İhmal	6
2.3.4. Eğitim İhmali	7
2.3.5. Gözetim İhmali	7
2.3.6. Sosyal Destek İhmali	8
2.4. Çocuk İhmalinin Yaygınlığı	9
2.4.1. Dünyada Durum	10
2.4.2. Ülkemizde Durum.....	11
2.5. Çocuk İhmalinin Nedenleri ve Risk Faktörleri	13
2.5.1. Aile/Bakım Veren ile İlgili Faktörler.....	14
2.5.2. Çocukla İlgili Faktörler	15
2.5.3. Aile Dışı Faktörler	15
2.6. Çocuk İhmalinin Sonuçları.....	16
2.6.1. Beden Sağlığı ile İlgili Sonuçları	17
2.6.2. Ruh Sağlığı ve Bilişsel Sonuçları	18
2.6.3. Sosyal ve Davranışsal Sonuçları	19
2.7. Çocuk İhmalinin Yasal Boyutu	20
2.7.1. Uluslararası Yasal Düzenlemeler	21
2.7.2. Ulusal Düzeyde Yasal Düzenlemeler.....	26
2.7.3. Diğer Yasal Düzenlemeler	31

2.8.	Çocuk İhmalinin Tespiti ve Değerlendirilmesi	31
2.8.1.	Bedensel Semptom ve Bulgular	34
2.8.2.	Davranışsal Semptom ve Bulgular	35
2.8.3.	Ruhsal-Bilişsel-Gelişimsel-Akademik Göstergeler	35
2.8.4.	Bakım veren-Çevre ile İlgili Göstergeler	36
2.9.	Çocuk İhmalinin Adli Tıp Boyutu	39
2.10.	Çocuğun Sağlıklı Gelişimi İçin İhmal Edilmemesi Önerilen Bazı Durumlar ...	40
2.10.1.	Topuk Kanı Tarama Testi	41
2.10.2.	Aşı Durumu	42
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	43
2.11.	3.1. Araştırmanın Tipi	43
2.12.	3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	43
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	43
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	44
3.4.1.	Bağımlı Değişkenler	44
3.4.2.	Bağımsız Değişkenler	47
3.5.	Araştırmanın Veri Kaynakları	48
3.6.	Araştırmanın Hipotezleri	48
3.7.	Verilerin Analizi	49
3.8.	Araştırmanın İzinleri	50
4.	BULGULAR	50
4.1.	2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Hanehalkı, Sosyodemografik ve Ebeveyn Özellikleri	50
4.2.	2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Çocuk İhmali ile İlişkilendirilen Durumları Yaşama Yaygınlığı	55
4.3.	2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Çocuk İhmali ile İlişkilendirilen Durumlar ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki	61
4.4.	2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Çocuk İhmali ile İlişkilendirilen Durumlara Maruziyetlerine İlişkin Faktörleri Değerlendiren Lojistik Modeller	67
5.	TARTIŞMA	75
5.1.	Çocukların Maruz Kaldıkları İhmal Türleri	77
5.1.1.	Çocuk İhmali Oranları	77
5.1.2.	Fiziksel İhmal Oranları	79
5.1.3.	Tıbbi İhmal Oranları	80
5.1.4.	Sosyal Destek İhmali Oranları	81

5.2. Çocukların İhmal Maruziyeti ile İlişkili Faktörler	82
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	89
7. KAYNAKLAR.....	91
8. EKLER	101



ŞEKİL DİZİNİ

Bu tezde herhangi bir şekil bulunmamaktadır.



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Bağımlı Değişkenlerin Kategorize Edilmesi	45
Tablo 2. İhmal ile İlişkili Değişkenin Tanımlayıcı Değerleri	46
Tablo 3. Bağımsız Değişkenlerin Kategorize Edilmesi	47
Tablo 4. Suriyeli Göçmen ve Türk Çocukların Hanehalkı Özellikleri	50
Tablo 5. Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Ebeveyn Özellikleri	52
Tablo 6. Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Özellikleri	53
Tablo 7. Sosyal Destek İhmali ile İlişkili Durumların Yaygınlığı.....	55
Tablo 8. Fiziksel İhmal ile İlişkili Durumların Yaygınlığı	56
Tablo 9. Tıbbi İhmal ile İlişkili Durumların Yaygınlığı	57
Tablo 10. Eğitim İhmali ile İlişkili Durumların Yaygınlığı.....	59
Tablo 11. İhmal Türleri Yaygınlığı	60
Tablo 12. Çocuk İhmali ile Hanehalkı Özellikleri Arasındaki İlişki.....	62
Tablo 13. İhmal Durumu ile Ebeveyn Özellikleri Arasındaki İlişki	64
Tablo 14. İhmal Durumu ile Çocuğun Özellikleri Arasındaki İlişki.....	66
Tablo 15. Türk Çocukların İhmal Maruziyeti ile İlişkili Faktörler	68
Tablo 16. Suriyeli Göçmen Çocukların İhmal Maruziyeti ile İlişkili Faktörler	72
Tablo 17. Erken Çocukluk Gelişimi Puanı ile İhmal Arasındaki İlişki	74

KISALTMALAR DİZİNİ

AB: Avrupa Birliği

ACF: Çocuk ve Aile Kurumu

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Centers for Disease Control (Hastalık Kontrol Merkezi)

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

CMK: Ceza Muhakemeleri Kanunu

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

DHS: Demographic and Health Surveys (Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FKÜ: Fenilketonüri

HÜNEE: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

NICE: Birleşik Krallık Sağlık ve Bakım İyileştirme Kurumu

NIS: Ulusal İnsidans Araştırmaları (ABD)

NSA: Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TCK: Türk Ceza Kanunu

TMK: Türk Medeni Kanunu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

EKLER DİZİNİ

EK-1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu.

EK-2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) Veri Seti Kullanım İzni



1. GİRİŞ

İnsanlar fiziksel ruhsal sosyal olarak tam sağlıklı yaşayıp kendisini gerçekleştirebilmek için anne karnından itibaren çeşitli imkanlara ihtiyaç duyar (1,2). Maslow tarafından tanımlanan “ihtiyaçlar hiyerarşisi” bu ihtiyaçlara vurgu yapmaktadır. Maslow’un teorisine göre insanın en önde yeme, içme, barınma, giyinme, uyku gibi ihtiyaçları gelir. Bunları sağlık, iş, ailesel ve sosyal imkanlar vb. güvenlik ihtiyaçları takip eder. Üçüncü sırada sevgi, aidiyet, duygusal bağ vb. ihtiyaçlar, dördüncü sırada ise saygınlık ihtiyacı gelir. Hiyerarşinin en üstünde ise kendini gerçekleştirme ihtiyaçları yer alır; ki bu, kişinin olabileceği her şey olma potansiyelini gerçekleştirmesi demektir (3). Bununla birlikte, anne karnından itibaren çeşitli ihtiyaçlarının karşılanmasında problemlerle yüzleşen insanların var olduğu da herkesçe bilinmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İhmali Tanımı ve İlgili Kavramlar

Çocuk ihmali, DSÖ’nün 1999 yılındaki raporunda spesifik bir kavram olarak ele alınarak ebeveyn veya bakım verenlerin, sahip olduğu imkanlar dahilinde; sağlık, eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma, güvenli yaşam şartları vb. tüm hususlarda yetersizlikler sonucunda çocuğun bedensel, ruhsal, zihinsel, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar gelmesi veya zarar gelme ihtimalinin yüksek olması olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda çocuğun doğru şekilde denetlenmemesi veya zararlarından korunmaması (gözetim eksikliği) da ihmal kapsamına girmektedir (4).

Hamby, bir eylemin şiddet olarak değerlendirilmesini dört temel unsurun varlığına bağlı olduğunu belirtmiş olup bunlar; eylemin kasıtlı olması, mağdurun istemediği bir durum olması, hayati açıdan vb. zorunlu olmayan bir davranış olması ve mağdurda zarara sebep olmasıdır (5). Bununla birlikte bireyde herhangi bir zarara neden olan bir eylemin suç teşkil etmesi için kastın şart olmadığı ceza kanunumuzda da taksir kavramının varlığında görülebilir (6). Çocuk ihmali konusunda da

araştırmacılar, zarar verici bir durumun ortaya çıkması için kastın bulunması gerekmediğini; ebeveynin veya bakım verenin, çocuğa zarar kastının bulunmamasının ihmali meşrulaştırmayacağını belirtmişlerdir (7,8).

İstismar ve ihmal kavramları birbirinden farklı olmakla birlikte, tıp alanında çocuk istismarı ile ilgili tanımlamaların ilk defa Fransız Adli Tıp hekimi olan Ambroise Tardieu tarafından 1860 yılında yapıldığı belirtilmektedir. Tardieu'nun ilgili makalesinde, çocuk fiziksel istismarı ve cinsel istismarı türlerini ayrıntılı olarak ele aldığı ve istismara uğrayan 32 vakadaki fiziksel istismar bulgularını tarif ettiği; bu vakaların 18'inin ihmal ve istismara bağlı yaşamlarını yitirdiği ifade edilmiştir (9). Takip eden süreçte, 1946 yılında Caffey, "Caffey Sendromu" olarak adlandırdığı tanımla çocuk istismarına ilişkin bulguları ortaya koymuş, Kempe ise 1961'de "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" kavramını literatüre kazandırmıştır (10). Çocuğa kötü muamele alanında profesyonel çalışmaların ise 1960'larda başladığı, bu alana dikkat çeken çalışmaların başında ise Kempe ve arkadaşlarının 1962 yılında Amerikan Tıp Birliği Dergisi'nde yayınlanan "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" adlı makaleleri olduğu kabul görmektedir (2). Takip eden süreçte, 1972'de Helfer ve Kempe tarafından çocuk istismarı, anne-babaların ya da çocukla ilgilenmekle yükümlü diğer kişilerin sorumluluklarını yerine getirmemeleri veya çocuklara kasıtlı olarak zarar vermeleri durumu olarak tanımlandığı görülmektedir. 1979 yılında Giovanni ve Becerra, çocuğun bakımından sorumlu birey ve/veya kuruluşların davranışlarının çocuk istismarı olarak tanımlanabilmesi için toplumsal normlarla örtüşmeyen nitelikte olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Garbarino ve Gilliam ise 1980 yılında çocuk istismarını, uzmanlar tarafından tespit edilebilecek nitelikte uygunsuz ve zarar verici davranışlar olarak tanımlamışlardır (9,11).

Genel olarak bakıldığında, çocuk ihmal ve istismarı alanındaki çalışmaların nispeten yeni olması; farklı araştırmacı ve disiplinler tarafından farklı kapsamlarda tanımlamalar kullanmasına dolayısıyla alanda tek tip tanımlamaların eksikliğine neden olmaktadır (2). Bu durum da sorununun gerçek boyutunun saptanmasında yetersizliğe neden olduğu belirtilmiş ve ortak tanımlar kullanılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır (7). Bu tanımlar incelendiğinde;

Çocuk; Kötü muameleye maruz kaldığı tarihteki yaşı itibariyle 18 yaşını doldurmamış bireydir (7,12).

Bakım veren; çocuğun sağlığı ve refahından sorumlu olan birey veya kurumlardır (7,13).

Çocuk ihmali; çocuğun, ebeveyn veya diğer bakım verenleri tarafından karşılanması beklenen temel fiziksel, duygusal, eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasında veya çocuğun çeşitli zararlardan korunmasındaki yetersizliktir (7).

Çocuk İstismarı; Genel olarak, çocuğa zarar veren veya verebilecek her türlü söz ve eylem olarak tanımlanmaktadır (7,14).

Çocuğa Kötü Muamele; çocuğun maruz kaldığı her türlü fiziksel veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ve ticari veya diğer sömürülerin tümüdür (7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), güncel yaklaşımda, çocuk ihmali ve istismarını “çocuğa kötü muamele” çerçeve kavramında birleştirerek ebeveynler, bakım verenler veya kurumlar/otorite tarafından, 0-17 yaş aralığındaki yenidoğan, çocuk veya adolesanlara uygulanan her tür fiziksel, cinsel, psikolojik/duygusal şiddet ve ihmal olarak tanımlar. DSÖ’ye göre çocuğa kötü muamele, sıklıkla ev içerisinde olmakla birlikte, çocuğun bulunduğu her ortamda (okul, yetimhane, hastane vb.) meydana gelebilir. Çocuk ihmal ve istismarı temelde bir insan hakları ihlalidir. Mağdur bireyde zihinsel, fiziksel, cinsel ve üreme sağlığı, akademik ve sosyal yaşam üzerindeki ciddi ve ömür boyu devam eden sorunlara yol açması nedeniyle multidisipliner yaklaşım ile mücadele edilmesi gereken önemli bir sağlık problemidir (11,15).

Özetle, çocuk ihmali; bir ebeveyn ya da bakım veren tarafından çocuğun temel fiziksel, duygusal ya da eğitim ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanmaması ya da çocuğun zarar görme riski altında bırakılmasıdır. Burada kastedilen ideal bakım değil; çocuğun temel ihtiyaçlarının, mümkün olmasına rağmen, asgari düzeyde de olsa karşılanmamasıdır. Çocuğun fiziksel bakımının sağlanmaması, duygusal ihmal, eğitim ihtiyaçlarının karşılanmaması veya çocuğun yeterince denetlenmemesi gibi durumlar, kasıtlı olsun veya olmasın fark etmeksizin, çocuk ihmali kapsamına girer. İhmal, çocuğun sağlığı, gelişimi ve güvenliği açısından hem fiziksel hem de duygusal sonuçlara neden olabilmekte ve çocuğun güvenliği ve

sağlığı dolayısıyla da toplum sağlığı ve sosyal açıdan potansiyel bir tehdit teşkil etmektedir (2,7,14).

2.2. Çocuk İhmali Türleri

Çocuğun tam sağlıklı yaşam ve gelişimi için ihtiyaçlarının çeşitlilik arz etmesi gibi bu ihtiyaçların ihmali de farklı türlere ayrılmıştır. Çocuk ihmalinin türleri üzerine alan yazında temelde fiziksel ihmal, duygusal ihmal, tıbbi ihmal ve eğitim ihmali kavramlarının ortak olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, farklı araştırmacılar tarafından sosyal ihmal, dental ihmal, gözetim yetersizliği yanında çocuğun cinsel gelişim sürecine yeterli alanın gösterilmemesi şeklinde tanımlanan cinsel ihmal gibi kavramlar kullanılsa da tanım ve nitelikleri incelendiğinde dört temel ihmal türünün aslında bu tanımları da kapsadığı görülmektedir (7,13,16).

2.2.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun beslenme, barınma, giyinme ve tehlikelerden korunma gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanabilir. Bu ihmal türü çeşitli durumlarla karşımıza çıkmaktadır (2,7,13,17):

- Yetersiz kıyafet
 - Çocuğa temiz, mevsime uygun kıyafetler giydirilmemesi
 - Soğuğa bağlı lezyonlar oluşması
- Yetersiz hijyen
 - Çocuğun kişisel hijyeninin sağlanmaması, hijyenik yaşam alanı sağlanmaması
 - Uyuz, bit gibi enfeksiyonların tekrarlaması
- Uygun beslenmenin sağlanmaması
 - Çocuğa yeterli miktarda ve yaşına uygun yiyecek sağlanmaması
 - Çocuğun sağlık ve güvenlik riskleri taşıyan bir ortamda yaşamasına izin verilmesi
 - Açıkta bırakılan prizler, zehirlenme veya fiziksel hasara neden olabilecek madde ve eşyaların çocuğun ulaşabileceği konumlarda olması (tabanca, delici kesici aletler, soba, kaynar su, çay, temizlik malzemeleri, ilaçlar vb.)

- Yüksekten düşme veya bir şeyin altında kalma, suda boğulma (havuz gibi) vb. durumlara karşı önlem alınmaması (Korkuluksuz balkonlar, eşyaların sabitlenmemesi vb.)
- Su dolu kovalar gibi boğulma riskleri taşıyan malzemelerin ulaşılabilir konumda olması
- Tekrarlayan kazalar meydana gelmesi
- Çocuğun arabada yalnız bırakılması (18).
- Sağlıklı uyku ortamının olmaması
 - Çocuğa uygun bir yatak sağlanmaması
 - Kalabalık nedeniyle çocuğun sağlıklı uyuyamaması
- Çocuğun terk edilmesi (hastane, karakol, ibadethane vb.)
- Doğum öncesi ihmal
 - Gebelik sırasında annenin yetersiz veya sağlıksız beslenmesi, zararlı maddeler kullanması (alkol, tütün veya madde kötüye kullanımı gibi) (2).
 - Annenin doğum öncesi gerekli tıbbi bakımı almaması gibi durumlar fiziksel ihmal kapsamında değerlendirilebilmektedir.

2.2.2. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğa ihtiyaç duyduğu sevgi ve desteğin sağlanmaması, bakım verenlerin çocuğun duygusal ihtiyaçlarını göz ardı etmesi, çocuğun yeterli rehberlik ve destekten yoksun bırakılması olarak tanımlanmaktadır (2,19). Çocuğun, sürekli olarak; sevilmeyen, tehlikeli, başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak için var olan, istenmeyen, kusurlu hissetmesine neden olan durumlardır. Fiziksel ihmale göre tespiti çok daha zor olduğu belirtilmektedir (2). Bu ihmal türüne;

- Çocuğa, doğumundan itibaren, yeterli ilgi ve uyaran sağlanmaması
- Çocuğun duygusal ihtiyaçlarının, ağlamalarının veya iletişim kurma çabalarının göz ardı edilmesi,
- Çocuğun kaygılarının dikkate alınmaması
- Çocuğa sevgi, ilgi ve saygı gösterilmemesi
- Çocuğa verilen sözlerin tutulmaması
- Çocuğun başarılarının göz ardı edilmesi
- Çocuğun sosyal çevreden izole edilmesi

- Çocukla sınırlı iletişim kurulması
- Çocuğun güvenli ve huzurlu hissetmesi için gerekli olan duygusal bakımın sağlanmaması
- Çocuğun uygunsuz davranışlarına bilerek göz yumulması,
- Çocuğun şiddete tanık edilmesi örnek olarak gösterilmektedir(7,13,20).

Duygusal ihmal, ileri derecede entelektüel ve duygusal gelişim geriliğine en çok neden olan kötü muamele türü olup tek başına veya diğer ihmal ve istismar türlerinin her birinin eşlikçisi olarak da etki edebilmektedir (21).

2.2.3. Tıbbi İhmal

Tıbbi ihmal, bir çocuğun sağlığı ve gelişimi için gerekli olan tıbbi bakımın sağlanmaması, geciktirilmesi veya önerilen tedavinin uygulanmaması, hatalı uygulanması durumudur. Bununla birlikte, tıbbi destek ile ilgili bir durumun tıbbi ihmal olarak kabul edilebilmesi için bazı kriterleri taşıması gerektiği önerilmiş olup bunlar; tıbbi destek yetersizliğinin çocukta zarara neden olması veya zarar riski taşıması, önerilen tıbbi desteğin çocuğun sağlığına anlamlı bir yarar sağlayacak olması, beklenen bu faydanın olası yan etkilerden fazla olması ve tıbbi desteğe ulaşma imkânı bulunmasına rağmen destek alınmamış olmasıdır (22).

Çocuğun tıbbi ihmali;

- Gebelikte uygun prenatal bakım alınmaması (fiziksel ve tıbbi)
- Gebelikte sağlıklı ve yeterli beslenilmemesi
- Gebelikte alkol, tütün ya da uyuşturucu gibi zararlı maddelerin kullanılması
- Çocuk yaralandığında veya hastalandığında gerekli tıbbi bakımın zamanında alınmaması
- Çocuğa tanısı konulan hastalıklar için tedavi arayışının olmaması
- Çocuğun iyileşmesi için düzenlenmiş tedavinin uygulanmaması
- Çocuğun sigara dumanı gibi zararlı etkenlere maruz bırakılması vb. durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (2,7,13,23). Ayrıca,
- Çocuğun tıbbi kontrollerinin veya aşılarının yaptırılmaması tıbbi ihmal kapsamında değerlendirilmektedir (8,23–25).

2.2.4. Eğitim İhmali

Eğitim ihmali, çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını, kişisel yeteneklerini karşılayan ve çocuğun gelişimini destekleyen tutarlı, yeterli ve uygun eğitim olanaklarının sağlanmaması, çocuğun eğitimi konusunda yasal gerekliliklerin yerine getirilmemesi olarak tanımlanmakta ve şu şekillerde karşımıza çıkmaktadır (2,7,13):

- Çocuğun okula başlaması gereken yaşı geçmiş olmasına rağmen kayıt yaptırılmaması
- Çocuğu yetenekleri doğrultusunda uygun eğitim fırsatlarına yönlendirilmemesi
- Gelişimsel geriliği veya engeli olan çocukların özel eğitim hizmetlerinden yoksun bırakılması
- Çocuğu okula göndermek yerine evde kardeşlerine bakması, gelir getirici bir işte çalışması vb. amaçlar için alıkoyulması
- On sekiz yaşın altında olmasına rağmen çocuğu çalıştırarak eğitim almasının engellenmesi
- Çocuğun geçerli bir sebep olmaksızın okulu aksatmasına müsaade edilmesi, okula devamı için gerekli ilginin gösterilmemesi
- Çocuğun okulu bırakmaya teşvik edilmesi ya da bu duruma göz yumulması

Okula devam kayıtlarının düzenli tutulduğu dikkate alındığında eğitim ihmeline uğrayan çocuğun tespiti nispeten daha kolay olduğu belirtilmektedir (2). Ayrıca, çocukların tıbbi ihmal, fiziksel istismar gibi başka kötü muamele türlerinin sonucu olarak da okuldan uzakta kalabildiği; ihmal ve istismar bulgularının fark edilmemesi için evde hapsediliyor olabileceğine dikkat çekilmektedir (2).

2.2.5. Gözetim İhmali

Çocuğun iyilik halinin devamı için, ebeveynlerin fiziken var olması yeterli değildir. Farklı araştırmacılar tarafından fiziksel ihmal kapsamında ele alınan güvenli yaşam alanı temini, çocuğun zararlardan korunmasına yönelik tedbirlerin alınması, kısacası bir gözün çocuğun üzerinde olması gibi durumlar gözetim sorumluluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu sorumlulukların yerine getirilmemesi olarak tanımlanan gözetim ihmalinin, çocuğun zarara neden olduğu ve çocuk ihmalinin en sık karşılaşılan türü olduğu belirtilmektedir (2).

Çocuğun tecrübe ve gelişimi için ona özgürlük tanınması ile tehlikeler açısından gözetilmesi arasındaki sınırı belirlemenin zorluğu kabul edilmekte ve bu yüzden çocuğun karşılaşılabileceği tehlikeleri öngörme ve önlem almada ancak sürekli-tekrarlayan yetersizlik olması halinde gözetim ihmali varlığının kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir (8). Somut bir olayda gözetim ihmali olup olmadığı yorumu, ilgili durumun niteliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, ebeveynin alkollü olması nedeniyle ortaya çıkan gözetim yetersizliği ile acil ve önemli bir telefon görüşmesi nedeniyle ortaya çıkan anlık gözetim yetersizliği aynı oranda kusur teşkil etmemektedir. Bunun yanı sıra; önemli bir telefon görüşmesi nedeniyle ortaya çıkan gözetim yetersizliğinin yarattığı tehlike de çocuğun oyun parkında olmasıyla havuzda olması arasında farklı seviyelerde olacaktır. Dolayısıyla "ihmal mi?" sorusuna yanıt aranırken durum/ortamın koşullarının her yönüyle dikkatlice ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (2).

Çocuğun gereksiz risklere atılması veya buna müsaade edilmesi; ateşli silah, ilaçlar, delici kesici aletler vb. çocuğun erişebileceği yerlerde bulunması da gözetim ihmaline dahil edilmektedir (2).

Çocuğun evden kovulması, hane halkının bilgisi dışında, geceleri veya uzun süreli bulunmaması, çocuğun evden kaçması veya kaybolması gibi durumlarda ilgili makamlara başvurulmaması gözetim ihmali kabul edilmektedir (18,26).

2.2.6. Sosyal Destek İhmali

Sosyal destek ihmali, kurum ve kuruluşlar tarafından bireylerin ve özelde çocukların temel ihtiyaçlarını (sağlık, beslenme, eğitim, barınma vb.) veya korunmalarını sağlamada yetersiz kalmaları olarak tanımlanmaktadır (27). Hijyen ve sağlığın sürdürülebilmesi için gerekli su, temizlik, eğitim gibi hizmetlerin aksatılması sosyal destek ihmali kabul edilebilmektedir. Gerçekten de DSÖ'nün kız çocukları ve kadınların menstrüel hijyen ve sağlık konusunda eğitim, su ve gerekli ürünlere erişimlerindeki aksaklığı insan hakları ihlali kabul ettiği görülmektedir (28).

Kötü muameleyi her zaman ihmal veya istismar olarak ayırmanın mümkün olmadığı hem ihmal ve istismarın hem de özelde ihmalin alt türlerinin birliktelik gösterebildiği belirtilmektedir (21,24). Bu duruma, doğum öncesi tıbbi bakım alınmaması halinde fetüsün hem tıbbi ihmal hem de fiziksel ihmal mağduru

sayılabileceği örnek verilebilir. Benzer şekilde, beslenme veya giyinme ihtiyaçları yeterli düzeyde karşılanmayan bir çocukta fiziksel ve duygusal ihmal maruziyeti olacaktır. Bu bağlamda, tür tespitindense ihmal ve/veya istismar varlığının tespiti öncelik olmalıdır.

2.3. Çocuk İhmalinin Yaygınlığı

Çocuğa kötü muamelenin tarihi, insanlık tarihi kadar eski olduğu, antik çağdan günümüze kadar geçen sürede şekil değiştirmiş olsa da her dönemde var olduğu belirtilmektedir (2).

Çocuk ihmalinin ve istismarının yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, ihmal ve/veya istismar maruziyetleri tespit edilebilmiş olan çocukların sayısı veri olarak kullanılmaktadır. Ancak henüz mağduriyetleri tespit edilememiş çocukların önemli bir oranda olduğu dolayısıyla sorunun tespit edilenden daha büyük olduğu vurgulanmaktadır (2,29).

Konu üzerine yapılan çalışmaların bir kısmı erişkinlerin geçmiş deneyimleri sorularak yapılmaktadır. Bu gibi çalışmalarda; insan hafızasının yaşam deneyimlerinden, bireyin o anki halinden etkilenebilmesi nedeniyle yanıltıcı hesaplamalar olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, mağdur bireylerde utanma, ailesinin karalanma ihtimali vb. nedenlerle tıpkı çocukluk zamanlarında var olan gizleme eğiliminin, erişkin yaşta da bulunabildiği; bu durumun da prevalans çalışmalarını zorlaştırdığı ifade edilmektedir (2).

Çocuk ihmal ve/veya istismarının yaygınlığını araştıran çalışmalarda karşılaşılan bir diğer zorluk ise durumun “ihmal mi istismar mı?” veya “bunların hangi alt türü” olduğunun belirlenmesi ile ilgilidir. Fiziksel olarak ihmal/istismar edilen bir çocuğun aynı zamanda duygusal ihmal/istismar yaşamadığını iddia etmek pek de mümkün görünmemektedir. İhmal ve istismarın veya bunların alt türlerinin birbirinden keskin sınırlarla ayrılamayan tanımlar olduğu söylenebilir (2). Bu noktada, DSÖ’nün “çocuğa kötü muamele” çerçeve tanımının kullanılması daha akla yatkın görünmektedir (14). Çocuk ihmalinin yaygınlığı hakkında yapılan araştırmalar incelendiğinde; her ne kadar özgün olarak ihmalin yaygınlığının araştırıldığı

alışmalar bulunsa da “ocuğa kötü muamele” ereve başlığının daha sık kullanıldığı görülmektedir.

İhmalin yaygınlığının belirlenmesi, problemin boyutunu göstermekle birlikte risk faktörlerini, bireye ve topluma maliyetini, olası tedbirleri belirlemede yol göstermesi açısından da önem taşımaktadır (30).

2.3.1. Dünyada Durum

Yaygınlığı ve etkileri dikkate alındığında hem bireysel hem toplumsal çerçevede evrensel bir problem olan ocuk ihmalinin nemi Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu (UNICEF), DSÖ gibi kuruluşlar tarafından vurgulanmakta, problemin boyutunu gözler önüne sermeyi amaçlayan çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (31).

Elektronik veri tabanı üzerinden yapılan bir meta analiz çalışmasında, 1980 ile 2008 yılları arasında ocuk ihmalinin prevalansı hakkında yayınlanmış olan yalnızca 16 makale belirlenebildiği ve dolayısıyla ocuk ihmalinin bilimsel alanda “ihmal edilmiş bir alan” olduğu ifade edilmiştir (19). Aynı çalışmada; fiziksel ihmal için kombine prevalansın %16,3 (k=13, N=59406); duygusal ihmal için kombine prevalansın ise %18,4 (k=16, N=59655) olduğu, cinsiyetler arasında belirlenen ihmal türleri için anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir. Çocukluk dönemindeki ihmal ve istismar deneyimleri hakkında olup 2000 ile 2017 yılları arasındaki 337 makale ile yapılan bir başka metaanaliz çalışmasında; ihmalin prevalansı hakkındaki çalışmaların diğer tüm kötü muamele türlerinden daha az sayıda olduğu belirtilmiş ve ihmal oranları; Kuzey Amerika kıtasında kız çocuklarında %40 iken erkek ocuklarında %16,6; Asya kıtasında kız çocuklarında %26,3 iken erkek ocuklarında %23,8; Avrupa kıtasında kız çocuklarında %13,9 olan ihmal oranının erkek çocuklarında %14,8 sıklıkta saptanmıştır (32). DSÖ, 2020 yılında “ocuğa Kötü Muamelenin nlenmesinde Evrensel Durum Raporu” yayınlamış ve yine yukarıda bahsedilen araştırmanın verilerini kullanarak dünyada her yıl yaklaşık bir milyar çocuğun veya diğer bir deyişle dünya genelinde her iki cuktan birinin şiddetin bir türüne maruz kaldığının altını çizmiştir (31). Benzer şekilde 96 ülkenin verileri ile yapılan daha eski tarihli başka bir çalışmada da prevalansın aynı oranda olduğu belirtilmiştir (29).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), bir hükümet kuruluşu olan Administration for Child and Families (ACF)'nin, ABD'nin 50 eyaleti ve iki özerk bölgesine ait veriler üzerinden 2018 ve 2022 yıllarında yayınladığı yıllık çocuğa kötü muamele raporlarında; 2018 yılında 73,993,353 çocuktan 678,000'inin (1000 çocuktan 92si) kötü muamele mağduru olduğu ve mağdurlardan %60,8'inin ihmale maruz kaldığı; 2022 yılında ise 72,969,166 çocuktan 558,899'unun kötü muamele mağduru (1000 çocuktan 77si) olup mağdurlardan %74,3'ünün ihmal mağduru olduğu gösterilmiştir. Aynı raporlarda 2018 yılında 1770 çocuğun, 2022 yılında ise 1990 çocuğun ihmal ve istismar sonucu öldüğü belirtilmektedir (33,34).

Dünya genelinde normal popülasyonda çocuk ihmali prevalansının %16 ile %26 arasında bir seyir gösterdiği, saptanan prevalansı etkileyen çeşitli faktörlerin bulunduğu görülmektedir. Çocuğa yönelik şiddetin her türünün ve özelde çocuk ihmalinin, yüksek prevalansa rağmen sıklıkla gizli kaldığı; şiddetin pek çok ülkede normal karşılanabildiği belirtilmektedir (29). Yapılan araştırmalardaki örneklem farklılıkları, kullanılan ölçek çeşidi, dahil edilen kriterler vb. etkenler saptanan prevalansı etkilemektedir (19,29,35). “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” kapsamında çocuğa yönelik her türden şiddetin önlenmesine yönelik küresel önceliklendirme dikkate alındığında; dünyanın farklı bölgelerindeki çocukların şiddete ne derece maruz kaldıklarının gerçeği yansıtacak şekilde belirlenmesi önem taşımaktadır (36).

2.3.2. Ülkemizde Durum

Türkiye'de çocuk ihmali ve istismarı konusunda kapsamlı ve derinlemesine yapılmış araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu eksikliği gidermek amacıyla, 2010 yılında Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından Avrupa Birliği (AB) ve UNICEF'in desteği ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından önerilmiş ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi'nin rehberliğinde, kötü muamele gören ve bu tür davranışları uygulayan bireylerin analizini içeren bir çalışma yapılmıştır. Araştırma, Türkiye genelinde 2216 çocukla gerçekleştirilmiş ve sonuçlar çocukların %25'inin ihmal edildiğini ortaya koymuştur. Çocukların maruz kaldıkları ihmal türleri incelendiğinde, bir yetişkinin gözetimi altında olmaları gerekirken yalnız bırakılma

oranının %13; yeterli ilgi, sevgi ve değer görmeme oranının %9; mevsime veya bedenine uygun kıyafet giydirilmeme oranının %8 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, tıbbi ihmal oranı %3, beslenme ile ilgili ihmal oranı %3 ve eğitim ihmali oranı %3,7 olarak saptanmıştır (37). Türkiye’deki çocukları temsil eden bu nitelikteki kapsamlı araştırmanın bir devamı yapılmamış, güncel durumu ele alan ve devlet ile uluslararası kuruluşların iş birliği ile gerçekleştirilmiş başka bir çalışmaya ulaşılabilen literatürde rastlanmamıştır.

Türkiye’nin üç ilinde (İzmir, Denizli ve Zonguldak) 7540 çocuğun 2012 yılında elde edilen verilerin kullanıldığı başka bir çalışmada ihmal sıklığı %42,6 olarak saptanmıştır (38). Yaşam boyu maruz kaldıkları psikolojik ve fiziksel istismar ve ihmalin sıklığı, çocukların yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir. Araştırma sonucunda 11, 13 ve 16 yaş gruplarında ihmal maruziyet oranları sırasıyla %28,5, %42,3 ve %62,7 olarak belirlenmiştir. Psikolojik olumsuz çocukluk deneyimlerinin, kentsel bölgelerde yaşayan çocuklar arasında kırsal bölgelerde yaşayanlara kıyasla daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, ihmalin kız çocuklarında, fiziksel olumsuz çocukluk deneyimlerinin ise erkek çocuklarında daha sık görüldüğü belirlenmiştir (38).

Çocuk ihmali kapsamında değerlendirilebilecek durumlardan biri de çocuk yaşta evliliklerdir. TÜİK verilerine göre, çocuk evliliklerinde yıllar içerisinde bir azalma eğilimi gözlemlenmiştir. 2023 yılı itibarıyla, 16-17 yaş grubunda evlenen kız çocuklarının oranı %1,9 olarak bildirilirken, erkek çocuklar arasında bu oran %0,5 ile daha düşük düzeyde tespit edilmiştir. Ancak bu verilerin yalnızca 16-17 yaş grubunu kapsadığı ve tüm 18 yaş altı çocukları içermediği unutulmamalıdır. Ayrıca, resmi kayıtlara yansımayan çocuk yaşta evliliklerin de bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, mevcut oranların gerçek durumu tam olarak yansıtmayabileceğine işaret etmektedir (39,40).

Ülkemizde çocuk ihmali ve istismarına ilişkin mevcut durumla ilgili istatistiklerin, genellikle yalnızca resmî kurumlara bildirilen vakaları yansıttığı belirtilmektedir (41). Bunun yanı sıra, bildirilmeyen veya gizli tutulan birçok ihmal ve istismar vakasının bulunduğu düşünülmektedir. Bu durum, çocuk ihmali ve istismarının farklı türlerini kapsayan, geniş örneklemelere dayalı ve detaylandırılmış

epidemiyolojik araştırmalara duyulan ihtiyaçı ortaya koymaktadır. Ancak bu tür çalışmaların yapılabilmesi için, öncelikle ailelerin ve toplumun resmî kurumlara bildirimlerin önemi ve yasal sorumluluklar konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirme süreci, elde edilen verilerin doğruluğu ve güvenilirliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Buna rağmen, ülkemizde çocuk ihmali ve istismarının bildirilmesi konusunda hâlâ ciddi sorunların yaşandığı vurgulanmaktadır (42).

2.4. Çocuk İhmalinin Nedenleri ve Risk Faktörleri

İstenmeyen durumlarla mücadelenin en önemli basamaklarından biri kuşkusuz ortaya çıkış sebebinin belirlenmesi ve bu sebeplerin bertaraf edilmesidir (43). Risk faktörlerinin varlığı, maruziyetin kabul edilmesi anlamına gelmez ancak bunların belirlenmesi; iyileştirmelerin yapılacağı hususları açığa çıkarması, etkin bir izlem ve önleme çalışmalarına zemin teşkil etmesi açısından önem taşır (2).

Çocuğa kötü muamele ve özelde çocuk ihmaline zemin hazırlayan etkenlerin belirlenmesi için, çocuğun yaşamı ve gelişiminde rol oynayan etken ve ortamların tanımlanması gerekmektedir. Bir psikolog olan Urie Bronfenbrenner çocuk gelişimi üzerine "Ekolojik Sistem Teorisi"ni ortaya atmıştır. Bu teori, çocuğun gelişimini etkileyen çevresel faktörleri "mikrosistem-mezosistem-eksosistem-makrosistem-kronosistem" olmak üzere 5 grupta toplamıştır. Buna göre en temelde yer alan mikrosistem tipik olarak aile, okul, akran gruplarını kastederken, ikinci sırada gelen mezosisteme, mikrosistemler arası ilişki (okul-aile gibi) dahil edilir. Mikrosistemler arasında uyum olması çocuğun gelişimine olumlu katkılar sunduğu belirtilmektedir. Ekzosistem, çocuğun doğrudan karşılaşmasa bile dolaylı olarak yaşamını etkileyen ortamları tanımlar. Ekzosisteme ebeveynin çalışma ortamı örnek gösterilebilir. Makrosistem esasen çocuğun yaşadığı toplumda hâkim olan kültür ve toplumsal değerleri (inanç, politika, ekonomi vb.) tanımlamaktadır. Son olarak; kronosistem, çocuğun etkileşimde olduğu çevre ve durumlarda zaman içerisinde meydana gelen değişimlerin tümünü kapsamaktadır. Ebeveynlerin boşanması, kıtlık, savaş gibi durumlar çocuğun yaşamında belirgin etkiye sahip olan kronosistem parçalarıdır (44).

Çocuğun gelişiminde role sahip olan etkenler dikkate alınarak, çocuğun ihmeline zemin hazırlayan risk faktörleri de temelde “aile/bakım veren ile ilgili faktörler, çocukla ilgili faktörler, aile dışı faktörler” şeklinde sınıflandırılmıştır (2,16,33,37,45–47):

2.4.1. Aile/Bakım Veren ile İlgili Faktörler

Çocukların tamamının ebeveynleri ile birlikte yaşamadığı düşünülünce aile ile birlikte bakım veren terimini kullanmak tercih edilmiştir. Bireyin, temel ihtiyaçlarının karşılandığı, kendini gerçekleştirmesine yönelik desteğin sunulduğu asıl yaşam alanı, yuvası olarak kabul edilen aile, risk faktörlerinin varlığında, istenmeyen tecrübelerin adresi olabilmektedir (27). Çocukların bakım veren ile en üst düzeyde güvende olması beklenirken, ihmal ve istismarın failleri sıklıkla onlardır (47). ABD’de 2018 yılına ait verilere göre çocuğa kötü muamele uygulayanların başında %91,7 oranla ebeveyn gelmektedir (33). Bakım veren bireylerin çocuğa kötü muamelede bulunmasına zemin hazırlayan faktörler şu şekilde sıralanabilir (2,27,45–47):

- Genç ve deneyimsiz ebeveyn
- Ebeveynin özgeçmişinde istismar ve/veya ihmal yaşantısı bulunması
- Ebeveynde alkol ve/veya madde bağımlılığı olması
- Adli geçmişi olan ebeveyn
- Tek ebeveyn olması
- Ebeveynde fiziksel, zihinsel, ruhsal hastalık varlığı
- Ebeveynin iletişim becerisinde eksiklik
- Kalabalık aile
- Aile içi dayanışma eksikliği
- Ev içi şiddet varlığı
- Evde katı kuralların varlığı
- Ebeveynin çocuğun kapasitesinden yüksek beklentilerinin olması
- Ebeveynlik becerilerinde yetersizlik
- Düşük eğitim-öğrenim seviyesi
- Sosyal destek imkanlarından habersiz olmak
- Ekonomik sıkıntı, yoğun çalışma şartları vb. stresörlerin varlığı
- Ebeveynin sorumsuz, saldırgan mizaca sahip olması

- Ebeveynin düşük benlik algısı
- Üvey anne/baba varlığı
- Ailede cinsiyetçi yaklaşım varlığı
- İstek dışı çocuk
- Sık adres/yer değişikliği, mülteci aile vb. nedenlerle sosyal izolasyon olması vb.

2.4.2. Çocukla İlgili Faktörler

Çocuğun sahip olduğu özelliklerin, ihmal veya istismara maruz kalmasına haklı gerekçe gösterilmesi kabul edilemez (2,27,46). Bununla birlikte, yapılan araştırmalarda ihmal ve istismara maruz kalan çocukların nitelikleri incelenmiş ve bazı ortak özellikler tanımlanarak risk faktörleri belirlenmiştir (2,27,46). Bu faktörler aşağıda listelenmiştir:

- Cinsiyetin kız olması (48)
- Çocukta bedensel, zihinsel, ruhsal patolojilerin varlığı
- Prematürite, düşük doğum ağırlığı, doğumsal patoloji vb. durumların varlığı
- Çocukta kronik rahatsızlıklar olması
- Çocukta davranış bozuklukları olması
- Zorlayıcı mizaca sahip olması (hiperaktivite vb.)
- Postnatal uzun süreli anne-bebek ayrılığı
- Mültecilik vb.

2.4.3. Aile Dışı Faktörler

Ailenin, bakım verenin ve çocuğun yanı sıra yaşanan çevre ve toplumun özellikleri, kültürel özellikler, sağlık ve sosyal imkanlar gibi belirleyicilerin de çocuk ihmaline zemin hazırlayabildiği belirtilmektedir (2,27,45,46):

- Gecekondu tipi yerleşimler gibi düzensiz çevre
- Güvenli sosyal alan eksikliği (oyun parkı vb.)
- Düşük refah düzeyi
- Düşük eğitim düzeyi
- Sağlık ve sosyal destek yetersizliği
- Koruyucu sağlık hizmetleri uygulanmasında aksaklıklar
- Ceza sistemlerinde, politikalarda yetersizlik

- Sosyal izolasyona yatkın yaşam alanları
- Toplumun olumsuz çocuk algısı
- Şiddetin kabul gördüğü kültürel yapı
- Fiziksel cezalandırmanın yaygınlığı
- Suçun (madde kullanımı, şiddet vb.) yaygınlığı vb.

2.5. Çocuk İhmalinin Sonuçları

Çocuk ihmalinin, fiziksel veya cinsel istismara göre daha az yıkıma neden olduğu, istismar kadar kötü sonuçları olmadığı düşüncesi ile yakın zamana kadar dikkatleri pek çeken bir konu olmadığı belirtilmektedir (2,19). Buna karşılık, güncel çalışmalar ihmalin çocuğun gelişimi üzerindeki yıkıcı etkilerinin fiziksel istismardan daha fazla olduğuna dikkat çekmektedir (49). Buna, ihmalin çocuğa kötü muamelenin en yaygın türü olduğu da eklendiğinde, oldukça büyük bir evrensel problem olduğu anlaşılmaktadır.

İhmalin akut ve/veya kronik etkileri sonucunda bireyi, aileleri ve dolayısıyla toplumu etkileyen fiziksel, ruhsal hastalıklar, davranışsal problemler ortaya çıkabilmektedir (49,50). Meydana gelebilecek zararın türü ve boyutlarının, ihmalin özelliklerine (tür, şiddet, sıklık, süre), çocuğun özelliklerine (mağduriyet yaşı, cinsiyeti, engel durumu vb.) failin kim olduğuna vb. durumlara göre değişiklik gösterebileceği belirtilmektedir (50). Çocukların maruz kaldıkları ihmalden aynı derecede etkilenmedikleri; özellikle ihmalin fiziksel zararından etkilenme noktasında çocuğun yaşının belirgin bir rol oynadığı ifade edilmektedir. Bu farklılığa örnek olarak; devamlı sarhoş olması nedeniyle çocuğunun beslenmesini birkaç gün aksatan bir ebeveyn düşünüldüğünde, bu durumun yeni doğmuş bir bebekte ağır sonuçlar doğurabilecekken, 12 yaşındaki çocukta aynı derecede bir fiziksel hasar oluşturmaya bileceği gösterilmektedir. Benzer şekilde iyimserlik, zekâ, yaratıcılık, duygusal esneklik vb. niteliklere sahip olan veya ihmale karşılık başkalarından destek görebilen bir çocuğun, maruz kaldığı ihmalin zararlarından bir nebze korunabileceği belirtilmektedir (2).

İhmale veya genel olarak kötü muameleye maruziyetin epigenetik etki ile kalıtsal sonuçlar doğurabileceği ifade edilmektedir. Kötü muamele geçmişi olan

çocuklarla yapılan bir çalışmada, bazı fiziksel ve zihinsel hastalıklarla ilişkili genlerde artmış metilasyon derecesi saptandığı ve bu etkinin kişinin hem kendisinde hem de gelecek nesillerde çeşitli patolojilerle sonuçlanabileceği vurgulanmaktadır (51). Bir başka çalışmada, ihmal ve kötü muameleyle maruziyetin oluşturduğu uzamış, güçlü biyolojik stres yanıtının (toksik stres), beyin gelişimi ve beyin yapısını etkileyerek, psikolojik ve davranışsal sonuçlara yol açtığı bildirilmiştir (52).

Kötü muameleyle, dolayısıyla ihmale maruziyetin etkileri, en başta mağdur çocuklar üzerinde fiziksel ve/veya ruhsal açıdan olumsuz sonuçlar olarak görülse de bununla sınırlı kalmadığına dikkat çekilmektedir. Önlenebilir sağlık giderleri, bakım ve koruma giderleri gibi doğrudan etkilerin yanında uzun dönemde iş gücü kaybı ve özellikle suç ve suçlu artışı gibi adli giderler ve sorunlar ile toplumun tamamını etkileyen olumsuzluklara yol açtığı vurgulanmaktadır (50). ABD’de 2018 yılında yapılan bir araştırmada; 2015 yılı verilerine göre yukarıda belirtilen giderler ve iş gücü kaybı da hesaba katılarak, mağdur her bir çocuk için ölümcül olmayan kötü muameleyle maruziyetin, yaşam boyu maliyetinin 831.000 dolar; ölümle sonuçlananlar için ise 16,6 milyon dolar olduğu belirtilmiştir (53). Ülkemizin, gelişmekte olduğu ve çeşitli konularda dışa bağımlı olduğu dikkate alındığında, çocuğa kötü muamele ve özelde çocuk ihmalinin doğurduğu sonuçların topluma mâl olan maddi manevi yükü korkutucu düzeydedir.

2.5.1. Beden Sağlığı ile İlgili Sonuçları

Fiziksel istismar ile beden sağlığı problemleri arasındaki bağ oldukça belirgin olsa da çocuk ihmalinin de çocukta erken veya uzun dönemde bedensel hasara neden olabileceği belirtilmektedir (54,55). Bu hasarlara örnek olarak aşağıdaki durumlar gösterilmiştir:

- Fetal gelişim geriliği (organik ve nonorganik gelişim geriliği sendromu (56).
- Beyin gelişiminde gerilik (49,57).
- Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks işlevinde kusurlar (düşük kortizol seviyesi vb.) (58).
- Diabetes Mellitus, Akciğer hastalıkları, görme kusurları (59–61).
- Beslenme yetersizliği
- Uygunsuz beslenme sonucu morbid obezite gelişmesi (54)

- Alerji, bronşit/amfizem, romatizma, ülserler (60–62)
- Erken yaşta (<15y) cinsel eylem (63),
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (HIV vb.) (63,64).
- Kendine zarar verici davranışlar (54)
- Travma sonucu yaralanmalar (kafa travması vb.) (54)
- Madde kullanım bozuklukları (21,50,65,66).
- Ölüm (malnütrisyon, travma, boğulma vb. sonucu) (54,67)

2.5.2. Ruh Sağlığı ve Bilişsel Sonuçları

Gelişim sürecindeki çocuk, ihmal vb. kötü muameleye maruz kaldığında, beyin gelişiminin; düşünce, öğrenme, duygulanım ve davranış gibi işlevlerin derinden etkilenebildiği belirtilmektedir. Kötü muameleye maruziyetin, beyin hacminde azalmayla ilişkili olabileceği ve merkezi sinir sisteminde (MSS) özellikle;

- Amigdala (duyguların işlenmesi)
- Hipokampus (öğrenme ve hafıza)
- Orbitofrontal korteks (karar verme, duyguların düzenlenmesi)
- Serebellum (motor ve yürütücü işlevlerin koordinasyonu)
- Korpus Kallosum (beyin hemisferleri arasındaki iletişim ve uyarılma, duygu, yüksek bilişsel işlevler) bölgelerinin boyut ve işlevini etkileyebileceği belirtilmektedir (57).

Çocuk ihmali ve genel olarak kötü muameleye maruziyetin sonuçlarının, erken tespit ve alınacak önlemler ile geri çevrilebileceğine dikkat çekilmektedir (57). İhmal maruziyetinin, beyin fonksiyonlarındaki etkilerine ek olarak çeşitli ruhsal, bilişsel ve davranışsal sonuçlarının da bulunduğu (içe atım-dışa atım problemleri) ifade edilmektedir (68). Bununla birlikte psikiyatrik sonuçların erken dönemde belirti vermeyebileceği, ilerleyen dönemlerde şiddetlenerek farkedilir hale gelebileceği ve bu nedenle, mağdur çocukların ruh sağlığı yönünden takiplerinin uzun süreli yapılması gerektiği belirtilmektedir (68,69). Çocuk ihmalinin ve çocuğa kötü muamelenin ruhsal ve/veya bilişsel etki ve sonuçları şöyle sıralanmıştır:

- Agresyon (70)
- Posttravmatik stres bozukluğu (69)
- Dil ve zekâ gelişim gerilikleri (56)

- Öğrenme güçlükleri (49)
- Davranışlarının yanlışlığı hakkında daha düşük farkındalık (71)
- Okul başarısı düşüklüğü (56)
- Umutsuzluk, güvende hissetmeme (72)
- Anksiyöz, dalgalı duygudurum (56,68,69,72)
- Depresyon (56,68,69,73)
- İntihar düşünceleri ve intihar girişimi (54,73)
- Düşük benlik algısı (ben kötü biriyim, değersizim vb.) (54)
- Psikiyatrik medikal tedavi etkinliğinde azalma (73)
- Psikotik semptomlarda artış (73) vb.

2.5.3. Sosyal ve Davranışsal Sonuçları

Çocukluk dönemindeki ihmal maruziyetinin, ilerleyen yıllarda suça karışma için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (3,74). Yakın dönemde yayınlanmış bir çalışmada; on iki yaşından önce beslenme, barınma ve finansal sorunlar yaşadığı resmi olarak kayıtlı olan bireyler ile kontrol grubu, erişkinlik dönemlerine kadar takip edilmiştir. Çocukluk döneminde sosyal destek ihmali maruziyeti olan bireylerde, olmayanlara göre; yaralama, cinayet, cinsel saldırı vb. suç kayıtları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (3).

Araştırmalar çocuk ihmalinin, bireylerde erken ve uzun dönemde aşağıda belirtilen sosyal ve davranış sorunlarına neden olabildiğini göstermiştir:

- Bağlanma sorunları (ebeveyn ile kaçınan/düzensiz bağlanma) (56,72)
- Sosyal izolasyon, içe dönüklük (56,68,72)
- Duygusal ve davranışsal esneklik yetersizliği, baş etme güçlükleri (72)
- Şiddete yatkınlık, agresyon, antisosyal kişilik, akran-toplumsal uyum sorunları (56,68,70,72,75,76)
- Kurallara uymama (69)
- Özgüven eksikliği (haksızlığa karşı sessiz kalma vb.) (72)
- Sosyal etkileşimde dışa bağımlılık (56)
- Hiperaktivite, dikkat dağınıklığı (56)
- Dürtüsellik (56,75)
- Davranış bozuklukları (56)

- Suça eğilim, şiddet suçları, adolesan suçluluğu (21,74)
- Üretkenlik-iş gücü kaybı (54)
- Para/madde karşılığı cinsel ilişki, seks işçiliği (21,63)

2.6. Çocuk İhmalinin Yasal Boyutu

Bireylerin hem kendilerini hem de kendilerine ait değerlerini koruma gereksinimleri, hukuk kurallarının oluşmasına neden olduğu ve bu açıdan bakıldığında; hukuk kurallarının neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir kökene sahip olduğu ifade edilmektedir. Bazı insanlar, kişisel ve özel durumları nedeniyle mevcut korumalara ilaveten daha hassas koruma gereksinimi duyar. Hukuk devletlerinde de bu nitelikteki bireylerin korunmalarına yönelik çeşitli yasal düzenlemeler bulunur. Çocuklar da, her bakımdan yetişkinlerden farklı olmaları sebebiyle, özel korumaya gereksinim duyarlar. Zira, özellikle yaşamın ilk dönemlerinde destek veya bakım veren olmaksızın varlıklarını sürdüremeyecek olmaları bu farklılığın en önemli göstergelerindendir (27,77).

Çocukla ilgili kavramlar zaman içerisinde değişim ve gelişim göstermiştir. On dokuzuncu yüzyıl ve daha eski dönemlerde, ailelerin çocuk üzerinde sınırsız yetki sahibi olduğu kabul görmekteyken, takip eden dönemlerde bu yetkiyi sınırlayan ve ailelere sorumluluklar yükleyen çeşitli yasal düzenlemeler yapıldığı görülmektedir. Çocukların, çağın getirdiği sorunlardan en fazla etkilenen gruplardan biri olduğundan hareketle, 1. Dünya Savaşı ardından 1924 yılında Milletler Cemiyeti tarafından “Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi” yayınlanmış olup, çocukların ihmal ve istismardan korunmasından bahseden uluslararası nitelikte ilk belgedir. Bu bildirme, ülkemiz tarafından da 1928 yılında imzalanmıştır. Takip eden yıllarda, çocukların ihmal ve istismardan korunmalarına yönelik olarak çok sayıda yasal düzenleme yapıldığı görülmektedir (77,78).

Kanun ve uluslararası sözleşmeler incelendiğinde, hukuken daha erken ergin olsa bile 18 yaşından küçük herkesin çocuk kabul edildiği görülmektedir (6,12,79). Çocuğun tanımını net olarak yapan hukuk sistemi, ilgili yasal düzenlemeler aracılığıyla, çocuğun her türlü ihmal ve istismardan korunmuş şekilde; tam sağlıklı

birey olarak yetişmesini sağlamayı hedeflemektedir. Bu amacın sağlanabilmesi için mevcut yasal düzenlemelerin bilinmesi büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır (27).

Çocuk ihmal ve istismarının evrensel olarak mücadele gerektiren bir konu olması nedeniyle uluslararası topluluk, dış etkenlere karşı savunmasız ve korunmaları gerekli olan çocuklara yönelik çeşitli hukuki düzenlemeler önererek uygulamaya koymuştur.

2.6.1. Uluslararası Yasal Düzenlemeler Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi

Çocuk haklarını koruma fikri ilk olarak 1894'te Jules de Jeune tarafından ortaya atılmış olsa da Birinci Dünya Savaşı nedeniyle bu amaca yönelik çalışmalar aksamıştır. 1921'de Brüksel'de yapılan kongreyle "Uluslararası Çocukları Koruma Birliği" kurulmuştur. Bu birliğin önerisi ve liderliğinin ürünü olarak, 1924 yılında Milletler Cemiyeti tarafından kabul edilen Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'nin, çocukların korunması, sağlıklı gelişimi ve özel ihtiyaçlarının karşılanması konusunda hazırlanmış ilk uluslararası metin olduğu kabul edilmektedir. Bildiri şu beş maddeden müteşekkildir;

- Çocuk, beden ve ruhen doğal gelişimine uygun koşullarda barındırılmalıdır.
- Acıkan çocuk beslenmeli, hastalanan çocuk tedavi edilmeli, fikren geri kalmış çocuk eğitilmeli, yoldan çıkmış çocuk tekrar yola getirilmeli, terk edilen çocuk korunmaya alınmalıdır.
- Felaket zamanlarında çocuklar öncelikli yardım görmelidir.
- Çocuk kendi başına hayatını kazanabilecek duruma getirilmeli ve istismara karşı korunmalıdır.
- Çocuk yeteneklerini toplum hizmetine sunacak-vakfedecek bir anlayışla yetiştirilmelidir.

Ülkemiz de 1928 yılında Atatürk'ün imzasıyla bu bildirgeyi kabul etmiştir. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'nin, bildiri niteliğinde olması nedeniyle taraf ülkelere bağlayıcılığı bulunmamakla birlikte, takip eden yıllardaki çocuk haklarının

geliştirilmesi çalışmalarına temel bir referans noktası oluşturduğu belirtilmektedir (77,78,80–82).

BM Çocuk Hakları Bildirgesi 1959

BM tarafından 1954 yılında, 20 Kasım günü “Dünya Çocuk Hakları Günü” olarak kabul edilmiştir. Takip eden yıllarda, Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi’ni, insan hakları bildirgesi çerçevesinde yeniden düzenleme gayesi ile BM Genel Kurulu, 20 Kasım 1959 tarihinde BM Çocuk Hakları Bildirgesi’ni yayınlamıştır. Ülkemiz, bildirgeyi kabul eden ülkelerdendir (78,80,82).

Bildirge; beden ve zihnen tam olgunluğa erişmemiş olan çocukların doğumdan önce ve sonra yasalarla korunma, gözetim ve bakıma ihtiyaç duyduklarını beyan ederek başlamaktadır. Ebeveynleri, toplumun tüm bireylerini, devletleri çocuk haklarını tanımaya ve gözetmeye davet etmekte ve on ilkeden oluşmaktadır (83).

Çocuk Hakları Bildirgesi, birinci ilkesinde belirtildiği gibi, çocukların herhangi bir ayırım gözetilmeksizin haklara sahip olduğu anlayışına dayanmakta ve temelde çocukların ihmal ve istismardan korunmasını amaçlamaktadır. Bildirgeye göre;

- Çocukların bedensel, zihinsel ve toplumsal gelişimleri sağlıklı, güvenli ve saygın koşullarda sürdürülmelidir. Bu maksatla çocukların çıkarlarını ön planda tutarak onları koruyacak yasal tedbirler alınmalıdır.
- Her birey doğumla birlikte isim ve vatandaşlık hakkı elde eder.
- Her çocuk, sosyal hizmetlerinden yararlanma ve yeterli sağlık hizmeti ve beslenme sağlanması, barınma ve eğlence olanaklarına erişimin güvence altına alınması gibi sağlıklı gelişim için gerekli desteklere ulaşma hakkına sahiptir ve bu imkanlar doğum öncesi ve doğum sonrası bakımı da içermelidir.
- Fiziksel veya zihinsel engellere sahip çocuklar için özel eğitim ve bakım hizmetleri sağlanarak, bir deyişle özel çocukların özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Her çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu gelişmesi için sevgi, anlayış ve güven dolu bir aile ortamında yetiştirilme ihtiyacı ve hakkı vardır. Ebeveynlerin bakım ve sorumluluğunda olan çocuklara ihtiyaç duydukları maddi ve manevi

destek sağlanır. Ailesiz ya da yeterli desteği olmayan çocuklar için toplum ve devlet tarafından özel bakım ve yardım sağlanır; çok çocuklu ailelere ek destekler sunulur.

- Eğitim hakkı kapsamında her çocuğa ücretsiz ve zorunlu temel eğitim verilir. Eğitim, çocuğın genel kültürünü geliştirirken, yeteneklerini ve toplumsal sorumluluk duygusunu besleyecek nitelikte olmalıdır. Çocuğın çıkarları öncelikli tutularak oyun ve eğlenme imkânları sağlanır; devlet ve toplum, çocukların bu haklardan yararlanmasını destekleyecek çalışmaları yapar.
- Çocuklar, zorlu tüm koşullarda ilk olarak koruma ve yardım alması gereken gruptandır.
- Her türlü ihmal, kötü muamele, zulüm ve sömürüye karşı korunmaları esastır.
- Çocuklar hiçbir şekilde alım-satım konusu yapılamaz. Ayrıca, eğitimlerine ve gelişimlerine zarar verecek işlerde çalıştırılmaları yasaktır; çalışmaları gereken yaşa ulaşmadan iş gücüne katılmaları engellenir.
- Her türden ayrımcılığa reddeden bir tutumla ve evrensel dostluk, anlayış, hoşgörü, barış ruhuyla; tüm insanlığa hizmet bilinciyle yetiştirilmelidir (83).

BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme

Çocukların haklarının korunması, ihmal ve istismarın önlenmesine yönelik olarak uluslararası bağlayıcılığa sahip hukuki düzenlemeye ihtiyaç duyulması nedeniyle; 1959'da ilan edilen BM Çocuk Hakları Bildirgesi temel alınarak, 20 Kasım 1989'da BM Genel Kurul'unda, toplamda elli dört maddeden oluşan BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme oy birliği ile kabul edilmiştir. Günümüzde hala çocuk haklarını ve çocuğın korunmasını uluslararası düzeyde düzenleyen temel belge niteliğindedir. Sözleşmede tanımlanan hakları yaşam hakkı, korunma hakkı, gelişim hakkı, katılım hakkı başlıklarında toplamak mümkündür. Tanımlanan bu haklar, herhangi ayrıma mahal vermeksizin tüm çocuklar için geçerlidir (77,80,82).

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de tanımlanan yaşama, gelişim ve korunma hakları doğrudan çocuk istismar ve ihmali ile ilişkilendirilmekte ve bu bağlamda; yaşam hakkı, çocuğa yeterli düzeyde tıbbi bakım, beslenme, barınma gibi temel

yaşam olanaklarının sunulmasını tanımlamaktadır. Gelişim hakkı, çocuğun öğrenme, eğitim, istirahat, oyun, özgür düşünce gibi kişisel gelişimine aracı olan haklarını tanımlamaktadır. Korunma hakkı ise çocuğun her türlü istismar, ihmale (kötü muameleye) karşı korunmasını öngören haklardır. Bu haklar, aynı zamanda, yargılamada, savaşlarda, afetlerde, çocuk işçiliği gibi konularda, özel bakım ihtiyacı varlığında, bağımlılık ve mültecilik durumlarında da çocukların korunmasını öngörmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi, bu haklar ile çocukların her türden kötü muameleden ve özelde ihmalden korunmasını güvence altına almaktadır (80).

Sözleşmede çocuğun yetişmesi, yeteneklerini geliştirmesi konusunda yol göstermenin ebeveynlerin hem hakkı hem de görevi olduğu; devletin ebeveynlere bu hususta gerektiğinde uygun yardımı yapma sorumluluğu olduğu belirtilmektedir (md.14,18).

Devletin yükümlülüklerinden biri de çocukların fiziksel veya zihinsel istismara, ihmale karşı korunabilmeleri için yasal, toplumsal, idari ve eğitim vb. gerekli tüm önlemleri almasıdır. Bu bağlamda çocuğun yararına olacağı kanaati geliştiğinde gerekirse ihmalkâr bakım verenin yanından alınarak bakıcı aile veya ilgili kurumlara teslim edilebileceği belirtilmiştir (md.19,20).

Sözleşmede, mülteci statüsündeki çocukların da korunması ve bu amaçla uluslararası iş birliği öngörülmüştür (md.22).

Bedenen veya zihnen bir engel durumu olan çocuklar için gerekli olan tıbbi bakım, eğitim, rehabilitasyon vb. ihtiyaçları yanında, toplumla kaynaştırma, kültürel ve ruhsal yönden topluma kazandırma amaçları doğrultusunda hizmetler sağlanması devletlerin görevi olarak tanımlanmıştır (md.23).

Her çocuğun, mümkün olan en üst sağlık seviyesine kavuşabilme hakkı vardır. Devlet bu hususta; doğum öncesi ve doğum sonrası bakım sağlamak, sağlık uygulamalarını takip etmek, temiz içilebilir su ve besleyici gıdaya ulaşımını sağlamak, çevre kirliliğini önlenmeye yönelik mücadele ile hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele etmek, tüm toplumu çocuk sağlığı ve anne sütünün faydaları konusunda bilgilendirmek, aile planlaması ve koruyucu sağlık bakım

hizmetlerinin planlanmak ve geliştirmek gibi alanlarda tedbirler almakla yükümlüdür (md.24).

Her ocuğun fiziksel, zihinsel, ahlaki ve sosyal gelişim hakları bulunduğunu ve her ne kadar bu hakların sağlanması öncelikle bakım verenlerin olsa da devletin bu noktada gerektiği takdirde bakım verenlere destek olacak tedbirleri almakla yükümlü olduğu belirtilmiştir (md.27).

Sözleşmede eğitim ihmalinin önlenmesi amacıyla devletlerin, çocukların eğitim hakları olduğunu benimsemesi, bu hakkın sağlanmasına yönelik olarak ilk öğretimin zorunlu ve parasız olarak uygulanması, okula devamsızlığın önlenmesi ve okulu bırakmanın önüne geçilmesi için gerekli tedbirleri uygulaması önerilmiştir (md.28).

Taraf devletler, çocukların çalışabilecekleri yaşı, iş kollarını, toplam çalışma sürelerini belirleyerek çocuğun sağlığına, ahlakına, eğitimine ve sosyal gelişimine zarar verebilecek durumlara, ekonomik istismara karşı önlemler almakla yükümlüdür (md.32).

Çocuklar, yasadışı madde kullanımı, her türden cinsel istismar ve ihmal, alınıp satılma vb. kabul edilemez durumlara karşı devletlerin koruması altında olmalıdır (md.33,34).

ocuk Haklarına Dair Sözleşme, görüldüğü üzere; çocukların doğum öncesi bakım haklarından başlayarak, sahip oldukları temel hakları tarif etmiş olup taraf devletlerin bu hakların korunmasına yönelik yasal, eğitim, toplumsal gerekli tüm önlemleri almasını salık vermektedir. Çocukların, tanımlanan haklarının ihlal edilmeksizin teslim edilmesi, sağlıklı bireylerin ve dolayısıyla güçlü ve sağlıklı toplumların oluşmasını sağlayacaktır. BM ocuk Haklarına Dair Sözleşme'si, ülkemiz tarafından 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamış ve 11 Aralık 1994 tarihinde Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Takip eden süreçte de sözleşmenin ruhuna uyacak şekilde iç hukuk düzenlemeleri oluşturulmuş ve oluşturulmaya devam etmektedir (12,77,80,82).

2.6.2. Ulusal Düzeyde Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde, tarihin erken dönemlerinden beri çocuğa yönelik yaklaşımların dünyanın diğer ülkelerine göre daha koruyucu vasıfta olduğu söylenebilir. Atatürk tarafından 1921’de Çocuk Esirgeme Kurumu’nu ulusal düzeyde kurması öne çıkan gelişme olmuştur (84,85). 1949 yılında 5387 sayılı “Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun” ile çocukların ihmal ve istismardan korunmasına yönelik hukuki önlemler alındığı görülmektedir. Ayrıca, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi’ne paralel olarak Türk Çocuk Hakları Bildirisi hazırlanmış ve 28 Haziran 1963’te Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO) Türkiye Milli Komisyonu 7. Genel Kurulunda kabul edilmiştir (86).

Türk Çocuk Hakları Bildirisinde; her Türk çocuğunun, uygun bakım, yetiştirilme, eğitim, sevgi ve saygı görme hakkının olduğu ve bu hakların toplumun her bireyi devletin her kurumu tarafından tanınması ve imkanları doğrultusunda yükümlülüğü olduğu belirtilmiştir. Çocukların 16 yaşından önce resmi öğrenimden alıkonulamayacağı, hiçbir şekilde sömürülemeyeceğinin altı çizilmiştir. Çocuğun bilgili, becerili şekilde yetiştirilmesinin öncelikle ebeveynlerinin ardından ise birinci dereceden akraba ve devletin görevi olduğu ifade edilmiştir. Devletin, çocukların eğitimi için kurslar açmak ve çocukların bu kurslardan faydalanmasını sağlamak yükümlülüğüne; herhangi bir engeli olan çocukların özel bakım, yetiştirilme vb. ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmasına değinilmiştir (86).

Ülkemizde çocukların korunmasına yönelik hukuki önlemler, Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’nin kabulü ile daha sistematik bir hale gelmiştir. Bu sözleşmenin 19. maddesi sözleşmeyi imzalayan devletleri, çocukları aile içi şiddet ve kötü muameleye karşı korumak amacıyla yasal, idari ve sosyal önlemler almakla yükümlü kılmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde de çocuk istismarı ve ihmali konusunda ulusal bir çerçeve oluşturulmuş ve çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır (87).

Çocuğun korunması hususunda güncel hükümlerin başlıca T.C. Anayasası, Çocuk Koruma Kanunu, Ceza Muhakemeleri Kanunu, Türk Ceza Kanunu TCK, Türk Medeni Kanunu, Ailenin korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, İş Kanunu, Sosyal Hizmetler Kanunu, İdari düzenlemeler ve

Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ve Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi ile BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’de bulunduğunu söyleyebiliriz (80,87,88).

Anayasal Düzenlemeler

Anayasamızın 41.maddesine 2010 yılında eklenen “Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır” hükmü, çocuk ihmal ve istismarı konusunda, BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’sine paralel şekilde devlete sorumluluk yüklemiştir. Bu düzenlemenin, çocukların korunmasına yönelik güçlü bir adım olduğu belirtilmektedir.

Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK)

İç hukukta 2005 yılında yerini almış olan ÇKK, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların hak ve esenliklerinin sağlanması ve korunmasını amaçlar. Kanunun 3.maddesi, istismar ve ihmal mağduru çocukları “korunma ihtiyacı olan çocuk” kapsamına dahil eder ve ilgili maddeleri ile bu çocukların güvenliğini sağlamaya yönelik koruyucu tedbirler öngörür:

Madde 6: Adli merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları ile sivil toplum kuruluşlarının korunma ihtiyacı olan çocukları yetkili makamlara bildirme zorunluluğu,

Madde 5 ve 7: Sağlık, barınma, eğitim gibi koruyucu ve destekleyici tedbirler alınmasını ve bu tedbirlerin çocuk hâkimince karara bağlanması,

Madde 9: Acil korunma tedbirlerinin uygulanması,

Madde 10: Bakım ve barınma tedbirleri hususunda hükümler içerir.

Türk Medeni Kanunu (TMK)

TMK, çocukla ilgili hükümlerinde “ihmal” kavramını kullanmamakla birlikte ilgili maddelerde geçen “ilgi, özen yükümlülüğü” gibi tanımlar ile çocuğun ihmeline işaret etmektedir. Bu kapsamda, kanun, çocukların velayet veya vesayet altında iken

istismar veya ihmale maruz kalmaları durumunda uygulanacak tedbirler ile ilgili hükümler içerir. Bunlardan özellikle;

Madde 323 ve 324: Ebeveynlerden her birinin, çocuğun eğitim ve yetişmesini engellemekten kaçınmakla yükümlü olduğu; kurdukları ilişki nedeniyle çocuğun huzurunun tehlikeye girmesi halinde veya çocukla ciddi olarak ilgilenmemeleri gibi hallerde çocuk ile kişisel ilişki kurma hakkından mahrum bırakabilecekleri belirtilmektedir.

Madde 327: Çocuğun bakımı, eğitimi ve korunması için gereken giderlerin ana ve baba tarafından karşılanacağını hükme bağlayarak çocuğun gelişiminde temel ihtiyaçlarından öncelikle ebeveynlerine sorumluluk yüklemektedir.

Madde 338: Eşlerin, üvey çocuklarına da özen ve ilgi göstermekle yükümlü olduğunu belirtmektedir. Bu maddede geçen “özen ve ilgi” kavramının çocuğun ihmal edilmemesine karşılık geldiği söylenebilir.

Madde 340: Anne ve babanın çocuğu olanakları ölçüsünde eğitmekle ve onun bedensel zihinsel ruhsal ahlaki ve toplumsal gelişimini sağlamak ve korumakla yükümlü olduğunu belirtmektedir. Bu maddenin, çocuğa yönelik eğitim ve gözetim ihmaline karşı koruyucu nitelikte olduğu söylenebilir.

Madde 346-348: Çocuğun korunması ve velayetine ilişkin bu üç maddede; çocuğun menfaati, bedensel ve zihinsel gelişiminin tehlikeye düşmesi ve ayrıca anne ve babanın deneyimsizlik, hastalık, yanında olmamak vb. sebeplerle velayet görevlerini yerine getirememeleri, çocuğa yeterli ilgiyi göstermemeleri veya çocuğa karşı yükümlülüklerini ağır biçimde ihmal ettikleri durumlarda mahkemece çocuğun korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını öngörmektedir.

Türk Ceza Kanunu (TCK)

TCK, on sekiz yaşını doldurmamış bireylerin çocuk sayılacağını (md.6/1) hükme bağlamış ve çocuğa karşı veya çocuğu kullanarak işlenen suçlarda ceza artışını öngörmüştür. Çocuğun istismar ve ihmalinin sonuçları olabilen kasten veya taksirle yaralama, öldürme, cinsel istismar vb. hususlardaki hükümleri ile caydırıcı

olması beklenen cezalar ile çocukların korunması hedeflenmiştir. Aynı zamanda, suça sürüklenen çocukla ilgili güvenlik tedbirlerine değinilmiştir. İlgili kanun maddelerinden bazıları;

Madde 31: Ceza sorumluluğunu etkileyen nedenlerden biri olarak “yaş küçüklüğü” belirtilmiş ve çocuklarda yaş aralıklarına göre uygulanacak yaklaşımları karara bağlamıştır. Bu yaklaşımlar, çocuğun, esasında suça sürüklenen birey olduğu, yaşı itibariyle özel tedbirler gerektirdiği kısacası korunması ve gelişiminin-eğitiminin desteklenmesi gerektiği kabulünün sonucu olabilir.

Madde 38: Azmettirme suçunun muhatabının çocuk olması halinde ceza artırımına gidilerek çocuğun korunmasına yönelik caydırıcı etki hedeflendiği söylenebilir.

Madde 82, 83, 86, 88: Kişilere karşı suçlardan olan öldürme, yaralama suçlarının çocuğa karşı işlenmesinin ceza artırıcı bir sebep olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçların, ihmali davranışla işlenmiş olmasının da cezaya tabi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, çocuk ihmalinin cezaya tabi olduğunu söylemek hata olmayacaktır.

Madde 97-98: Çocuk ihmalinin belki de en ağır türü olan “terk etme” hakkında olup; yaşı veya hastalığı nedeniyle koruma ve gözetim ihtiyacı olan bireylerin terk edilmesini cezaya tabi tutar. Ayrıca, toplumun her ferdi, yaş hastalık veya yaralanma vb. durumlar nedeniyle yardıma muhtaç bireye imkân ölçüsünde yardım etme yükümlülüğü vermektedir. Bu maddenin, korunma ihtiyacı olan çocukların toplumdaki her ferdi ilgilendiren ve çözülmesi gereken bir sorun olduğuna yönelik toplumsal farkındalık öngördüğü söylenebilir.

Madde 102-105: Cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar hakkında hükümler içeren bu maddelerde, suçun çocuğa yönelik işlenmesi durumunda uygulanacak yaklaşımla ilgili ayrı maddeler altında ele alındığı görülmektedir. Bu yaklaşımın, çocukları özel statüye koyarak, korunmaları için caydırıcı cezalar öngördüğü söylenebilir.

Madde 226-229: Müstehcenlik, fuhuş, kumar oynatma, dilencilik gibi suçlar hakkında hüküm içermekte olup suçun mağdurunun çocuk olması durumunda sergilenecek yaklaşımı tanımlamaktadır. Çocukların beden ve ruh sağlığının

korunmasına, ihmal ve istismar edilmesine yönelik koruyucu maddeler olduğu aşıkardır.

Madde 232: Büyütmek, bakımını sağlamak, eğitim ve öğretim, muhafaza etmek gibi yükümlölükleri bulunan kişinin, idaresi altındaki bireye karşı disiplin yetkisini istismar etmesini cezaya tabi tutmuştur. Bu durum, çocuk özelinde, kendisine yetki verilen bakım verene karşı koruyucu bir yaklaşım olduğu kabul edilebilir. Özellikle, fiziksel cezalandırmanın disiplin ve terbiye etmek için bir araç olarak gören farklı kültürlerin varlığı dikkate alındığında (89,90); ilgili maddenin, çocukların fiziksel istismar ve ihmale karşı korunması kapsamında önem arz ettiği söylenebilir.

Madde 233: Aile olmanın getirdiği sorumluluk ve yükümlölüklerin ihmal edilmesine yönelik cezai yaptırımlar öngörür. Bu maddeye göre; bakım, eğitim, destek olma gibi yükümlölüklerin ihmal edilmesi; maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocukta ahlaki, güvenlik ve sağlık tehlikeleri meydana gelmesine sebebiyet veren ebeveynlere, velayet hakkı ortadan kalkmış olsa dahi cezai yaptırım öngörmektedir. Cezanın, şikayete bağlı olduğunun belirtilmesi ise çocuğun mağduriyetine şahit olan her bireyin, çocukların maddi-manevi zararlardan korunmasında sorumluluğu olduğunu tekrar göz önüne sermektedir denilebilir.

Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK)

Mağdur veya şüpheli/sanık pozisyonundaki çocuklarla ilgili, erişkinlere kıyasla, daha farklı yaklaşımlar öngörür.

Madde 203: Erişkinler için, duruşmanın düzen ve disiplinini bozması sebebiyle uygulanabileceği belirtilen disiplin hapsinin çocuklara karşı uygulanamayacağı hükme bağlanmıştır.

Madde 236: Soruşturma ve kovuşturma evrelerinde, mağduru olduğu suç nedeniyle psikolojisinin bozulmuş olması durumunda yalnızca bir defa dinlenmesi gerektiği yönünde kısıtlama getirerek, çocuğun tekrarlayan psikolojik travmadan korunmasının hedeflendiği söylenebilir. Ayrıca; mağdur çocukların tanık olarak dinlenmesinde çeşitli uzmanların bulundurulması öngörülmektedir. Bu yaklaşımın, çocukların tekrarlayan duygusal ihmale maruziyetlerini önleyici etki gösterebilir.

2.6.3. Diğer Yasal Düzenlemeler

Kanun niteliğinde olmamakla birlikte, devletin yürütme organı ve idari sistemleri tarafından da çocukların ihmal ve istismardan korunmalarına yönelik düzenlemeler yapıldığı belirtilmektedir (87).

Cumhurbaşkanlığı tarafından Resmî Gazete’de yayınlanan kararnamede; T.C. Cumhurbaşkanlığı Politika Kurullarından olan Hukuk Politikaları Kurulu’nun bir görevi “Kadınlara ve çocuklara karşı şiddet, aile içi şiddet ve çocuk istismarını önlemek amacıyla çalışmalar yapmak” olarak ifade edilmiştir (91). Aynı zamanda, Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı görevlerinden birinin çocukların her türlü ihmal ve istismardan korunarak sağlıklı gelişimleri için çalışmalar yapılması olarak tanımlanmıştır.

Resmî Gazete’de 04.10.2012 tarihinde Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) Başbakanlık genelgesi yayınlanmıştır. Bu genelgede; öncelikle çocuğa karşı kötü muamele istismar ve ihmali kapsayan bir tanım olarak ele alınmış ve ayrıca çocuklarla ilgili soruşturma sürecinde çocuğa ikincil zarar verebilecek durumlardan bahsedilmiştir. Mağdur çocukların ilgili birimlerce ayrı ayrı değerlendirilmesi, gizliliğin sağlanmasında eksiklik, çocukla görüşme için yeterlikte eğitime sahip olmayan personeller nedeniyle çocuğun yaşadığı travmanın şiddetlenebileceği belirtilmiştir. Bu durumlar dikkate alındığında çocuk istismarının önlenmesi, etkin takip ve mücadele ve mağdur çocukların ikincil travma yaşamalarının önlenmesi amacıyla adli ve tıbbi işlemlerin bir defada yapılabilmesi vb. amaçlarla Çocuk İzlem Merkezlerinin kurulması kararı ifade edilmiştir. ÇİM faaliyetlerinin yaygınlaştırılması ve düzenlenmesine yönelik oluşturulan koordinasyon kurulunda farklı bakanlık temsilcilerinin bulunduğu görülmektedir (92). Bu durum, ayrıca, çocuk ihmal ve istismarının önlenmesine yönelik mücadelenin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinin bir başka göstergesi olarak kabul edilebilir.

2.7.Çocuk İhmalinin Tespiti ve Değerlendirilmesi

Çocuk ihmali, fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişim üzerinde kalıcı olumsuz etkiler bırakabilecek derecede ciddi bir sorundur ve çocuk istismarı kadar tehlikeli sonuçlara neden olabilmektedir. Çocuk ihmali vakalarının değerlendirilmesinin hem mağdur çocuğun hem de ailelerinin ihtiyaçlarına yönelik destek programları

sağlanması ilk adım olduğu belirtilmektedir (93). Bu amaçla genel olarak çocukların risk durumu, ailesel ve çevresel faktörler ile sosyal koşullar incelenmektedir. Ne var ki, çocuk ihmali tanısı için tanı koydurucu altın standart bulunmadığı ve bu nedenle araştırmanın merkezine çocuk alınarak hassas bir değerlendirme yapılması gerektiği ifade edilmektedir (8). Çocuk ihmali hususunda ebeveynlik yeterliliğinin değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmakta olup sıklıkla “asgari yeterlilik” standartları ile değerlendirilmektedir (93,94).

ABD’de pek çok eyalette kabul edilebilir düzeyde bir ebeveynlik için gerekli asgari standartlar tanımladığı görülebilir. Bunlar arasında, ebeveynin gelir düzeyi ve gelirini kontrol becerisi, fiziksel bakım (barınma, giyim, hijyen vb.) standartları bulunmaktadır. Ebeveynlik beceri ölçütü olarak ayrıca; çocuk gelişimi hakkındaki bilgi düzeyi, uygun çocuk bakımı becerileri, çocuğun ihtiyaçlarıyla ilgili sorumluluk düzeyi gösterilmektedir. Bununla birlikte tanımlanan bu standartların kantitatif nitelikte olmadığı ve ebeveynliğin değerlendirilmesinde optimum olmadığı vurgulanmaktadır. Ebeveynliğin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerin sıklıkla ebeveynliğin yeterliliğini ölçmekten ziyade risk faktörleri olarak tanımlanmış durumların (madde kullanımı, entelektüel durum, aile içi şiddet, davranış problemleri, sosyal izolasyon, yaşam alanının fiziki koşulları gibi) bulunup bulunmadığını ölçtüğü ifade edilmektedir (93).

Çocuk ihmalinin değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalar genel olarak psikolojik, ekolojik, davranışsal değerlendirme olmak üzere üç alana temas etmektedir. Psikolojik açıdan; ihmali uygulayan bireyin ruhsal iyilik hali veya entelektüel durumu ve diğer bazı karakter nitelikleri değerlendirilmektedir. Ekolojik değerlendirmede, ihmalde etken olduğu belirtilen yoksulluk, eğitim seviyesi, çalışma durumu gibi faktörlerin varlığı ele alınmakta iken davranışsal değerlendirmede çocuk ve bakım verenin etkileşimi-ilişkisi doğrudan gözlenmektedir. Bu değerlendirmeler olası ihmal varlığı hakkında uyarıcı kabul edilmektedir (93).

Yoksulluk, madde kullanım bozuklukları, eğitim durumu vb. ebeveyn özellikleri çocuk ihmali için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (43) Bununla birlikte, ihmal olasılığı değerlendirilirken ön yargılı yaklaşımdan uzak olunması gerektiği; işsiz, eğitimsiz, fakir veya sosyal izole ve hatta madde kullanım bozukluğu olmasına

rağmen çocuğuna ihmalkarlıktan uzak, yeterli bakım ve ilgiyi sunan pek çok ebeveyn olduğunun hatırlanması gerektiği vurgulanmaktadır (24,94). Özellikle uygun kıyafet, ayakkabı, yeterli gıda alımı vb. durumlar değerlendirilirken yoksulluk/ihmal ayrımı için; benzer maddi durumda olan bireyler arası kıyaslama yapılmasının uygun olacağı belirtilmektedir (8).

Çocuk ihmalinin değerlendirilmesinde; kültürel ve dönemsel farklılıklar, süreklilik, çocukta zarar meydana gelmiş olup olmadığı gibi hususların dikkate alındığı görülmektedir. Bununla birlikte bu kriterler tek başına veya her zaman karar verdirici olmaması gerektiği; örneğin sürekli olarak evde yalnız bırakılan gözetim ihmali mağduru bir çocukta hiçbir fiziksel zarar meydana gelmeyebileceği gibi riskli bir ortamda ilk defa ve anlık bir gözetim ihmali sonucunda çocukta belirgin zararlar meydana gelebileceğinin akılda tutulması gerektiği ifade edilmektedir. Yine herhangi kabul edilebilir sebep olmaksızın okula bir defa gelmeyen çocuk için ihmal edildiğini söylemek çok zor iken bu durumun sıklık kazanması ihmalin varlığını netleştirecektir. Bu bağlamda, ihmalin sıklığı ve süresi arttıkça çocukta zarar meydana gelme olasılığını artıracak hususunun, ihmalle ilgili tek kesin bilgi olduğu belirtilmektedir (95,96).

İhmal olarak kabul edilen durumlar, kültürler arası farklılık da gösterebileceği gibi zaman içinde de değişim gösterebilmektedir. Eski dönemlerde okur yazarlık, çok az sayıda çocuğun ayrıcalığı konumunda iken günümüzde gelişimsel bir ihtiyaç olarak görülmekte; çocuğun okula gönderilmemesi ihmal kabul edilmektedir (95).

Bir davranışın ihmal açısından değerlendirilmesinde; çocukta zarara neden olup olmadığı veya risk taşıyıp taşımadığının sorgulanması önem taşımaktadır (97). Bununla birlikte, yalnızca fark edilebilir bir zarar açısından bakılması eksik ve/veya yanlış bir uygulama olacaktır. İhmalin yalnızca çocuğa verdiği zarar üzerinden ölçülmesi birçok vakanın gözden kaçmasına veya yanlış pozitifliğe neden olabileceği belirtilmektedir (95) Bu bağlamda, ihmal varlığı sorgulanırken tek kriterle odaklanmadan hatta mağdurda meydana gelen zarar veya ihmalin oluşmasında etken olan faktörlerden bağımsız bir yaklaşım önerilmektedir (98).

Çocukların mutlak destek duydukları ihtiyaçları yaşa göre değişmektedir. İki yaşındaki bir çocuk açısından ihmal kabul edilebilecek bir davranış on beş yaşındaki bir çocuk için ihmal kapsamında olmayabilir (95).

İhmal veya bütün olarak kötü muamele mağduru olan çocukların, korku, algı veya yardım görememe endişesi ile maruziyetlerini gizleme eğiliminde olabileceği; ayrıca, yaygın olmasına rağmen ciddi bir yaralanma veya ölüm olmadığında dikkatlerden kaçabileceği belirtilmektedir (11). Özellikle ihmalin gizli kalabilme eğiliminden dolayı sağlık çalışanları, öğretmenler ve çocuk bakım uzmanları gibi meslek gruplarının, ihmalin saptanmasında benzersiz bir pozisyonda oldukları vurgulanmaktadır. Özellikle, tekrarlayan okul devamsızlığı gibi ihmali gösterebilecek davranışların düzenli takibinin, eğitim ihmalinin belirlenmesine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (96,99). Okul devamsızlığının eğitim ihmali dışında ihmal veya istismarın birçok farklı unsurunun da bir göstergesi olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Çocukta geri dönüşsüz hasarlar bırakmadan evvel ihmalin tanınması; öncelikle çocukla yakın ilişki kurabilecek olan görevliler olmak üzere toplumun tüm kesimlerinde konuyla alakalı farkındalık olmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda; ihmalin tanınması, değerlendirilmesi, tespiti için çocuklarda ihmal ile ilişkili olabilecek çeşitli semptom ve bulgulara dikkat çekilmektedir (15,24,97).

2.7.1. Bedensel Semptom ve Bulgular

Bedensel semptom ve bulgular şu şekilde sıralanmaktadır (8,13,15,24):

- Devamlı açlık belirtileri, yiyecek arayışı
- Düşük hijyen; kirli saçlar, tırnak, kötü koku,
- Hava şartlarına ve ölçü olarak uygunsuz kıyafet, ayakkabı
- Tedavisiz bırakılan hastalık hali
- Aşıların yaptırılmaması (8,24,25)
- Tıbbi takiplere getirilmemesi (8)
- Tekrarlayan uykusuz görünüm
- Düşük vücut kitle indeksi, düşük persentil (<5) (100)
- Yaşıtlarına göre geri kalmış bedensel büyüme
- Araştırılmayan karında şişlik, tedavi aranmayan saç biti, uyuz varlığı

- Sık ve tekrarlayan yaralanmaların varlığı
- Diaper dermatiti (Şiddetli, tedavisiz bırakılmış)
- Diş çürüklerinin tedavi ettirilmemesi (8)

2.7.2. Davranışsal Semptom ve Bulgular

Davranışsal semptom ve bulgular şu şekilde sıralanmaktadır (24,100):

- Kendine zarar verme
- Dilencilik, hırsızlık (özellikle yiyecek temini için)
- Okula erken gelip geç çıkma gibi ev dışı zamanın artması
- Yetişkin seviyesinde ilgi ve sorumlulukların varlığı
- Evde uzun süreli yalnız bırakılma
- Okula gönderilmeme, tekrarlayan devamsızlık veya geç kalma
- Sürekli yorgunluk ve uykusuzluk, uyuyakalma
- Tekdüze tekrarlayıcı davranışların varlığı (habitual body rocking vb.) (8)
- Agresif tavırlar ve suça sürüklenme (70)
- Sevgi ve ilgi arayışı (8)
- Yabancılarla aşırı yakın davranışlar sergilemesi (8)
- Sürekli dikkat çekme çabası (8)
- Onay almak için aşırı iyi davranışlar sergilemesi (8)
- Duyguları anlama ve algılama yoksunluğu (8)
- Öfke nöbetleri sergilemesi (8)
- Yaşına göre geri kalmış beceriler (giyinme, tuvalet vb.)
- Altını ıslatma vb. (100)
- Alkol, sigara, madde kullanım bozukluklarının varlığı (100)
- Toplumca olumsuz kabul edilen davranış özellikleri olması (100)

2.7.3. Ruhsal-Bilişsel-Gelişimsel-Akademik Göstergeler

Ruhsal, bilişsel, gelişimsel ve akademik göstergeler şu şekilde sıralanmaktadır (13,24,101):

- Kendini değersiz görme
- İntihar düşüncesi, girişimlerinin varlığı
- Depresif duygudurum (101)
- Bağlanma zorlukları, kişisel yakınlık kurmada zorluklar
- Kısıtlı arkadaş ilişkileri, sosyal izolasyon

- Duygusal gerilik
- Uygunsuz taleplere “hayır” diyememe (kabul görmek amaçlı)
- İçine kapanıklık, içe atma
- Öz disiplin eksikliği
- Bir görevi tek başına yapamama
- Öğrenme güçlüğü
- Derslerde başarısızlık

2.7.4. Bakım veren-Çevre ile İlgili Göstergeler

Bakım veren, çevre ile ilgili göstergeler şu şekilde sıralanmaktadır (13,15):

- Ailenin çocukla ilgili temel bilgilere vakıf olmaması
- Çocuğun nüfus cüzdanının olmaması
- Çocuğun bulunduğu ortamda alkol, sigara, madde kullanımı olması
- Terkedilmiş olması
- Çocuğa olan ilgi, yakınlık, iletişimin az olması (15)
- Çocuğun sosyalleşmesinde uygunsuz yaklaşımlar (izole etme, uygunsuz ortamlarda bulundurma veya buna göz yumma vb.) (15)
- Çocuğun hastalığına yönelik tedavi arayışının olmaması, önerilerin uygulanmaması (8,15).
- Çocuğun ev yaşamı hakkında yetersiz yiyecek, kötü hijyen koşulları, gelişimine uygunsuz bir çevrenin varlığına dair tekrarlayan duyum veya bildirimlerin olması (8).

Bu belirtilerin varlığının, ihmalin kesin delili olmadığı gibi yokluğunun da ihmali dışlamayacağı belirtilmektedir (15,98). Ev halkının yerde uyuması, çocuğa ait bir odanın veya yatağının bulunmaması; belli bir yaşa kadar saçının kestirilmemesi, menstrüasyon döneminde banyo yapmaması gibi farklı kültürel uygulamaların var olduğu ve bunların ihmal kapsamında değerlendirilmemesi gerektiği belirtilmektedir (98). Ayrıca; göçmen statüsünde olup yerel dili yeterince bilmediği için önerilen tedavi yöntemlerini çocuğa yeterince uygulanamaması vb. gibi durumların da görülebildiği; böyle bir durumda, her ne kadar çocuğun yeterli tıbbi bakımı alamamış olması nedeniyle ihmal mağduru kabul edilebilecekse de ebeveynin ihmalkâr kabul edilmeyebileceği de belirtilmektedir (98). Bu örnekte olduğu gibi, dezavantajlı

gruplarda öncelikle iyileştirici yaklaşımın sergilenmesi (eğitim programları vb.) tercih edilmesi önerilmektedir.

Çocukla ilgili (doğum tarihi, konuşmaya başladığı yaş vb.) gibi bazı önemli bilgilerin bilinmemesinin, çocuğa karşı ilgisizliği; dolayısıyla da ihmali işaret edeceği genel bir kanı gibi görülse de; önem verilen bilgilerin kültürler arasında farklılık gösterebileceği ve kültürel farklılıkların, özellikle göçmen-azınlık statüsündeki aileler değerlendirilirken akılda tutulması gerektiği belirtilmektedir (98).

DSÖ, özellikle herhangi bir sebeple hastaneye başvuran çocuklarda şüpheli bir durum olmaması halinde istismar-ihmal sorgulamasının yapılmamasını önermekte, aksi takdirde çeşitli zararların oluşabileceğini ifade etmektedir (15). İhmal veya istismardan şüphelenildiğinde ise, konunun eğitimli sağlık personeli tarafından uygun şekilde irdelenmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu maksatla; uygun bir ortam ile gizliliğin sağlanması, standart uygulama protokollerinin geliştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, ortamda bakım veren olmaksızın çocukla görüşme yapılması, görüşmenin gizli kalacağı ancak kendisinin veya bir başkasının güvenliğini tehdit eden bir durum saptanması halinde bunun yetkili birimlerle paylaşılacağına açık şekilde söylenmesi gerektiği, yoksa çocuğun ihanete uğramış gibi hissedebileceği vurgulanmaktadır (15).

İhmal şüphesi ile muayenede; çocuğun dikkatlice dinlenilmesi, tam muayenesinin (anamnez, fizik muayene) yapılması; boy ve kilosu ölçülerek yaşa ve ailesel özelliklerine göre beklenen değerlerle kıyaslanması gerektiği belirtilmektedir (21). Muayene esnasında, sözel olmayan ipuçları gözlenmeli ve tespit edilen tüm bulgular raporlanmalıdır. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda semptom ve bulgular daha aşikâr olmakla birlikte özellikle ihmalin duygusal-davranışsal sonuçları olan agresyon, taşkınlık, ağlama nöbetleri vb. durumlar için ek bazı soruların sorularak etiyoloji araştırması gerektiği bildirilmektedir. Bunu yaparken yönlendirici sorulardan kaçınmakla birlikte; halihazırda kiminle birlikte yaşadığı, ev halkının birbirleriyle olan ilişkilerinin nasıl olduğu, evde hoşuna gitmeyen durumların olup olmadığı gibi sorular kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu tarz sorular, saptanan belirtileri açıklayabilecek ihmali veya ihmal dışında başka durumların (boşanma,

vefat, ev-okul değişikliği vb.) varlığını açığa çıkarabilir. İhmal ve/veya istismar şüphesinin devam etmesi halinde, kontrol muayeneleri veya mümkünse diğer kurumlardan (okul, sosyal inceleme vb.) bilgi alınmasının faydalı olacağı belirtilmektedir (15).

Çocuklarda ihmal ölümlle de sonuçlanabilmektedir. l muayenesi kapsamında değerlendirilen çocuklarda, ihmalin bulgularının tanınması adli ve sosyal açıdan önem arz etmektedir. Dış muayenede; kaşektik görünüm, dehidratasyon bulguları (kk gözler, ciltte elastisite kaybı, subkutan yağ doku kaybı vb.), düşük persentil boy-kilo, hijyen eksikliği ve yaralar (farklı yaşlarda ekimoz, abrazyon vb.), fokal saçsız bölgeleri olan, son dönemlerde iyi olmadığı belirtilmesine rağmen sağlık hizmetine başvurulmamış ölüm vakalarında ihmal maruziyeti akla gelmelidir (102,103).

Sonuç Olarak, hastaneye başvuran tüm vakalarda olduğu gibi ihmal veya tüm kötü muamele vakalarında da öncelikle çocuğun tedavi ihtiyaçı varsa uygun şekilde tedavi edilmesi gerektiği; ihmali ilk değerlendirmede, sebeplerinden bağımsız şekilde, doğrudan maruziyet tespitinin odak noktası olması gerektiği belirtilmektedir (95,104). Mağdur ocukların, farklı derecelerde de olsa ruh sağlığının etkilenmiş olduğu kabul edilmesi, tüm vakalarda uzman görüşü alınması önerilmektedir. ocukta gelişebilecek sekonder travmaları önlemek adına; çocuğu koruma odaklı merkezlerde (rn: ÇİM) ve konunun tıbbi-psikiyatrik destek, sosyal ve adli yönleriyle farklı disiplinlerin bulunduğu bir ekip tarafından, bütüncül olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, istismarda olduğu gibi ocuk ihmali durumları ile karşılaşılması halinde de adli bildirim yapılmasının zorunlu olduğu, bildirim yapılması için kanıtın şart olmadığı; şüphe gelişmesinin yeterli olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık alışanı tarafından hasta yakınlarına; ihmal konusundaki endişelerini ve bu durumu raporlama zorunluluğu bulunduğunu belirtmesinin hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenebilmesi ve iyileştirme sürecine katkılarının sağlanabilmesi açısından değerli olduğu belirtilmektedir (15,96,104). ocuk ihmali ve/veya istismarından şüphelenilen durumlarda adli tıp konsültasyonu istenmesinin uygun bir yaklaşım olacağı vurgulanmaktadır (21).

2.8.Çocuk İhmalinin Adli Tıp Boyutu

Suç teşkil eden eylem veya durumlar hem nedenleri hem de sonuçları bakımından faile verilecek cezanın ağırlığını veya şeklini etkileyebilmekte, cezaya yer olup olmadığı ve/veya cezanın niteliğinin belirlenebilmesinde tıp biliminin desteği gerekebilmektedir. Adli tıp, tıp biliminin hünelerlerini kullanarak ilgili adli olay veya durumlar üzerine, adli mercilerin talebi halinde incelemeler yaparak, cevaplara ulaşılmasına yardımcı olan bilim dalıdır (105,106). Bu bakımdan, adli tıp için adalete ulaşma yolunda, farklı disiplinlerin kavşak noktasıdır denilebilir.

Çocuk ihmali, kısa ve uzun dönem sonuçları ile bireyin, ailelerin ve toplumların sağlığını tehdit eden bir sorun olup çözümü multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (11,15). Çocuk ihmali şüphesi varlığında adli tıp konsültasyonu istenmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (21).

Ebeveynde, fiziksel, ruhsal veya zihinsel engellilik hali olması, çocuk ihmali için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Mahkemeler, bazı durumlarda (boşanma, velayet davaları vb.) kişinin velayet hakkının kullanıp kullanamayacağını değerlendirilmesi talebi ile adli tıbbi görüş isteyebilmektedir. Bu gibi durumlarda, adli tıp koordinasyonu ile kişinin bedensel, zihinsel ve ruhsal açıdan değerlendirmesi yapılarak; velayet hakkını kullanmasına, çocukla kişisel iletişim kurmasına, bir diğer deyişle velayet yükümlülüklerini yerine getirmesine engel olabilecek nitelikte bir rahatsızlığı (mental kapasite, işlevselliğini bozar nitelikte psikiyatrik hastalığı, alkol-madde kullanım bozuklukları vb.) bulunup bulunmadığı hususunda rapor düzenlenmektedir. Dolayısıyla, adli tıp, çocuğun ihmal ve diğer kötü muamele türlerine maruziyetinden korunmasına katkı sağlamaktadır.

Çocuk ihmalinin erken ve/veya uzun dönem sonuçları da adli tıbbın konusu olabilmektedir:

- Terk edilmiş bir çocukta nesep tayini,
- Doğum öncesi sonrası takipleri yapılmayan ve/veya doğum kaydı bulunmayan çocuklarda yaş tayini,

- Çeşitli nedenlerle topuk kanı taramalarına veya çocukluk dönemi aşı programına dahilinde aşı uygulanmasına onay verilmeyen çocuklarla ilgili sağlık tedbiri açısından değerlendirmeler,
- Prenatal yasadışı madde maruziyetinin tespiti,
- Tekrarlayan yaralanmaları olan çocuklarda yaralanmanın ihmal vb. kötü muamele illiyetinin değerlendirilmesi,
- İhmal sonucunda agresif mizaç ve şiddete yatkınlık gösteren bireylerde şiddet faili veya mağduru olarak yapılan; yaralanma ağırlığının değerlendirilmesi, engellilik varlığının veya oranının saptanması, ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi vb. muayeneler;
- Riskli cinsel eylemler ve sonuçları kapsamında yapılan muayeneler
- İhmalin, madde kullanımı veya cinsel saldırı mağduriyetine götürebilen sonuçları (evden kaçma vb.)
- İhmal sonucu olabilen zeka geriliği ve eşlik eden konular (vesayet, hukuki anlam ve sonuçları algılama, istismar vb.)
- Bebek-çocuk ölü muayeneleri kapsamında ihmalin araştırılması

Çocuk ihmali ilişkili güncel adli tıbbi pratik ele alındığında; adli tıbbın ihmalinin önlenmesi, saptanması ve sonuçlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi hususlarında aktif rol aldığı ifade edilebilir.

2.9. Çocuğun Sağlıklı Gelişimi İçin İhmal Edilmemesi Önerilen Bazı Durumlar

Bireylerin sağlıkları doğum öncesi dönemden itibaren çevresel faktörlerden etkilendiği bilinmekte ve henüz anne karnındayken annenin sağlıklı ve yeterli beslenmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Doğum, doğal bir süreç olmasına rağmen beraberinde çeşitli komplikasyonları da getirebilmesi nedeniyle anne ve çocuğun sağlığının korunması için sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmesi gereken bir süreçtir.

Dünya Sağlık Örgütü, çocuk ölümlerinin %45'inden beslenme yetersizliğinin sorumlu olduğu belirtmekte dengeli ve sağlıklı beslenmenin çocuğun büyümesi, bedensel ve zihinsel gelişimi vb. önemine dikkat çekmektedir (107). Doğumdan

itibaren ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi, emzirmenin 2 yaş ve sonrasına kadar sürdürülmesi, ilk 6 aydan sonra çocuğa uygun ek gıdaların sağlanması gerektiği belirtilmektedir (108). Emzirmenin desteklenmesine yönelik ulusal ve uluslararası çeşitli uygulamalar önerilmektedir (108,109).

2.9.1. Topuk Kanı Tarama Testi

Bebeklerde, çeşitli hastalıkların erken teşhisine yönelik tıbbi yaklaşımlar önerilmektedir. Bu kapsamında ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda “Yenidoğan Sağlık Taramaları” rutin olarak uygulanmaktadır (110,111). Bu taramalar sonucunda erken teşhis ve tedavi ile bedensel-zihinsel hastalıkların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde güncel durumda süregelen yenidoğan sağlık taramaları kapsamında Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biyotidinaz Eksikliği, Kistik Fibrozis, Konjenital Adrenal Hiperplazi, Spinal Müsküler Atrofi hastalıkları için kan testi (topuk kanı), İşitme Taraması, Gelişimsel Kalça Displazisi taraması, Göz Taraması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, yapılan bu taramalar neticesinde her yıl 4500 çocuğun, saptanan hastalığın istenmeyen sonuçlarını yaşamasının önüne geçildiğini bildirmektedir (110).

Erken çocukluk döneminde, çocuğun sağlıklı gelişiminin desteklenmesi için ebeveynlerine önemli görevler düşmektedir. Araştırmamızın konusu dikkate alındığında, ebeveynlere düşen görevlere; Çocuğun beslenme, barınma, giyim, temizlik vb. temel ihtiyaçlarının karşılanması, özellikle erken çocukluk dönemlerinde evde yalnız bırakılmaması gibi gözetim sunulması, okul çağı öncesinde de olsa öğrenmesinin desteklenmesine yönelik çeşitli imkan ve aktivitelerin sunulması örnek gösterilmektedir (112,113).

Toplumun ve özelde çocukların sağlıklı bireyler olarak yetişebilmelerinde aileler kadar toplum ve idarenin de sorumluluğu bulunduğu belirtilmektedir (27). Özellikle; atıkların uygun şekilde uzaklaştırıldığı temiz yaşam alanlarının sağlanması, temiz içilebilir su imkanlarının sağlanması, çocukların beslenme, barınma, hijyen vb. temel ihtiyaçlara ulaşabilmeleri için gerekli tedbirlerin alınması, idareye düşen görevlerin bazılarıdır (27,28,97).

2.9.2. Aşı Durumu

Çeşitli hastalıkların önüne geçerek toplum sağlığını koruma yöntemlerinin başında aşı uygulamaları gelmektedir. Ülkemizde, belli hastalıklara yönelik olarak Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği aşı takvimine uygun şekilde çocuklara aşı uygulanmaktadır. Chervenak ve arkadaşları, aşılamanın potansiyel zararlarının çok nadir, ancak aşı olmaması nedeniyle çocukta meydana gelebilecek zararın çok daha büyük olduğunu, aşı reddinin ilgili makamlara bildirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (114). Çocuk ihmali üzerine yapılmış pek çok araştırmada, aşı yapılmaması çocuğun tıbbi ihmali kapsamında değerlendirildiği görülmektedir (13,24,25,47,114). Bununla birlikte, çocuğun aşısının yaptırılmaması konusunda ülkeler ve eyaletler bazında farklı uygulamaların görülebildiği belirtilmektedir (2). Buna örnek olarak ABD eyaletleri ve Birleşik Krallık yaklaşımları gösterilebilir. ABD'de, 47 eyalette bireylerin dini gerekçelerle çeşitli tıbbi uygulamalardan muaf kalmalarına müsaade edildiği, bazı eyaletlerin ise aşı reddini ihmal suçu olarak tanımladığı belirtilmektedir (2). Birleşik Krallık sağlık iyileştirme kurumu (NICE) rehberi ise çocuğun aşılarının yaptırılmamasını ihmal olarak tanımlamaktadır (8). Bununla birlikte, henüz kendi adına karar verme yeteneği bulunmayan çocuklar için aşı yaptırılmasına çeşitli nedenlerle rıza göstermeyen ebeveynler bulunmaktadır. Çocuğun aşılarının yaptırılmamasını ihmal kapsamında olup olmadığı konusunda tıbbi-hukuki çevrelerde fikir birliği bulunmadığı anlaşılmaktadır. Aşı yapılmasına ebeveyni tarafından karşı çıkılan çocuklar için mahkemelere İl Sağlık Müdürlüklerince sağlık tedbiri kararı başvurusu yapılmaktaysa da Anayasa Mahkemesinin son dönemlerde verdiği kararlar ebeveyn rızası olmaksızın çocuklara aşı uygulanmasını hak ihlali olarak kabul ettiği görülmektedir (115,116). Bununla birlikte, çocukluk çağı aşı uygulamalarının kişi ve toplum sağlığı hakkında olması, araştırmamızın tıbbi bir araştırma olduğu gerekçesiyle, aşı konusu hukuki yönünden ziyade tıbbi yönüyle ele alınarak tıbbi çevrelerde hakim olan görüş doğrultusunda aşı yaptırılmamasını tıbbi ihmal olarak kabul ettik.

Çalışmamızda, 2018 TNSA kapsamında bu durumlara yönelik sorulan sorular analiz edilerek çocukların ihmal maruziyetleri incelenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, analitik araştırma türü alt başlıklarından olan kesitsel araştırma olarak gerçekleştirilen TNSA 2018 verilerinin ileri analizi olarak planlanmıştır. Bu araştırmada, ülkemizde yaşayan Türk ve Suriyeli göçmen örneklemelerinden elde edilen verilerin ileri analizi yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verileri ülke genelini temsil etmekte ve araştırmanın yeri, TNSA'nın temsil ettiği ülke olarak Türkiye genelidir.

Araştırma verilerinin toplanma zamanı 2018 yılıdır. 2018 TNSA saha çalışması yapmak için başvuran adaylardan seçilen adaylar, 11 Eylül-9 Ekim 2018 tarihleri arasında 4 haftalık bir eğitimin ardından başarılı olanlar saha personeli olarak seçilmiştir. 10 Ekim 2018-10 Şubat 2019 tarihleri arasında, 11056 hanehalkı ve 15-49 yaş aralığında 7346 kadın ile görüşme tamamlanmıştır. Türkiye’de yaşayan Suriyeli göçmen araştırmasının saha çalışması da 23 Kasım 2018 – 12 Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (112).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından yürütülen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (TNSA), çalışma evrenini Türkiye genelindeki hanehalkları oluşturmaktadır. TNSA’da örneklem seçimi, tabakalı, çok aşamalı ve ağırlıklı küme örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmektedir.

Suriyeli nüfusa yönelik örneklem tasarımı da benzer şekilde çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yöntemiyle hazırlanmıştır. Tabakalama tek bir değişkene göre yapılmıştır. Bu değişken yerleşim yeri değişkeni olup, kampta ve kamp dışında yaşayan nüfus dikkate alınmış, toplam 100 kümeden (15’i kampta, 85’i kamp dışında) 2.000 hanehalkı seçilmiştir.

Araştırmada 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar hedeflenmiş, hanehalkı ve kadın soru kağıtları Arapçaya çevrilerek uygulanmıştır. Saha ekipleri tarafından listeleme çalışması sonucunda 1.932 hane görüşme için uygun bulunmuş ve bu hanelerin %95'i (1.826 hane) ile başarılı görüşmeler yapılmıştır. Bu hanelerde tespit edilen 2.391 kadından 2.216'sı (%93) ile bireysel görüşme gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, 15-49 yaş kadınlar ve 0-59 ay çocuklar için boy ve kilo ölçümleri de alınmıştır.

Demographic and Health Survey (DHS) programı modeline dayanan ve Türkiye'ye uyarlanan soru kağıtları, Suriyeli göçmen örneklemeine uygun şekilde hem Arap hem de Latin harfleriyle hazırlanmıştır.

Bu çalışmada, tüm çocuk verileri incelenmiş olup, annenin yaşayan çocukları arasında 0-59 ay aralığında olan, doğum sırası olarak son doğan çocuk çalışmaya dahil etme kriteri olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere uygun olarak Türkiye örnekleminden 2168 çocuk, Suriyeli göçmen örnekleminden 1220 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Ağırlıklandırma sonucunda bulgular bölümünde Türkiye örnekleminden 2032, Suriyeli göçmen örnekleminden 1191 çocuğun verisi tablolarda karşımıza çıkmaktadır.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenlerini TNSA 2018 soru kağıdında yer alan, literatürle uyumlu olarak, çocuk ihmali ile ilişkilendirilen değişkenler oluşturmuştur.

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın amacı olan çocuk ihmali türlerini ve yaygınlığını dolaylı sorular aracılığıyla belirlemek üzere çocukların sosyal destek, fiziksel, tıbbi ve eğitim ihmali ile ilişkilendirilen durumları bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. TNSA soru kağıdında çocuk istismarı ve ihmali için özel bir modül olmayıp, doğrudan istismar ve ihmali ölçen sorular yer almamaktadır. İhmal türleri, TNSA soru kağıdında yer alan sorular kullanılarak dolaylı olarak elde edilmesi hedeflenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Bağımlı Değişkenlerin Kategorize Edilmesi

	Değişken	Alınan Değerler	İhmal Türü
1	Suya ulaşma süresi	Suya ulaşmak için bir süre gerekmesi	Sosyal destek ihmali
2	Tuvalet çeşidi	Evde altyapısı ve hijyenik bir zemini olan tuvalet bulunmayışı	
3	Ortak tuvalet	Tuvaletin başka hanehalkları ile ortaklaşa kullanılması	
4	Emzirme süresi	6 aydan az emzirenler ve diğerleri	Fiziksel ihmali
5	Uygunsuz beslenme	Doğumdan sonraki ilk 3 gün içinde çocuğa anne sütü haricinde bir besin verilmesi	
6	Beden Kitle İndeksi	WHO kriterlerine uygun belirlenen değerlerde çocuğun ± 2 Standart Sapma dışında olması	
7	Çocuğun evde yalnız bırakılması	Son bir hafta içinde bir saatten fazla evde yalnız bırakılması	
8	Çocuğun bir başka çocuğa bırakılması	Son bir hafta içinde bir saatten fazla, çocuğun 10 yaş altı başka bir çocukla evde yalnız bırakılması	
9	Doğum öncesi bakım	Doğum öncesinde, ilki gebeliğin ilk 3 ayından sonra olmak üzere 4'ten az sayıda kontrole gitme, bu kontrolleri yapan kişinin sağlık profesyoneli olmaması	Tıbbi ihmali
10	Doğum esnası	Sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğum, doğumdan sonraki ilk kontrolün 48 saatten daha uzun sürede olması	
11	Aşı durumu	Aşı kartının olmaması, anketör tarafından görülmemesi, aşı kartını göstermeyip çocuğunuz aşı oldu mu sorusuna hayır cevabı verenler, sağlık dışı nedenlerden herhangi bir nedenle çocuğuna aşı yaptırmayanlar	
12	Fenilketonüri Taraması	Tarama yapılmaması veya cevaplayan kadının (annesi) bilmemesi	
13	İşitme testi	Tarama yapılmaması veya cevaplayan kadının (annesi) bilmemesi	
14	Kitap sayısı	24 aydan büyük çocukların 3'ten az sayıda	Eğitim

		kitabı olması, hiç kitabı olmaması	ihmali
15	Oyuncak sayısı	24 aydan büyük çocukların ev yapımı veya satın alınmış oyuncağının olmaması	
16	Öğrenmeyi destekleyici aktivite	24 aydan büyük çocuklarda, son bir hafta içinde çocuğun öğrenmesini destekleyen etkinliklerin ebeveyn veya başka herhangi bir tarafından 4'ten az sayıda gerçekleştirilmesi, hiç gerçekleştirilmemesi • Kitap okuma/göz atma • Hikaye anlatma • Şarkı söyleme • Çocuğu dışarı çıkarma • Çocukla oynama • İsimlendirme, sayma, çizim yapma	
	Çocuk ihmali	4-16. değişkenlerden 3 ve daha fazlasında ihmal lehine cevap verilmesi durumunda çocuk ihmali kabul edilmiştir. Çocuk ihmali verisi dikotomize edilerek analizler yapılmıştır.	Çocuk ihmali

Çalışmamız kapsamında ihmal ile ilişkili belirlenen 13 değişkenin toplam sayısından oluşan bir yeni değişken tanımlanmış olup "Çocuk İhmali" isimli bu değişkene ait tanımlayıcı değerler Tablo 2'deki gibidir.

Tablo 2. İhmal ile İlişkili Değişkenin Tanımlayıcı Değerleri

	Türkiye Örnekleme	Suriyeli Göçmen Örnekleme
N (Gözlem Sayısı)	2032	1191
Ortalama (Mean)	1.9526	3.2725
Medyan (Ortanca)	2	3
Mod (Tepe Değer)	2	3
Standart Sapma	1.21161	1.5208
Çarpıklık (Skewness)	612	785
Basıklık (Kurtosis)	869	908
Minimum Değer	0	0
Maksimum Değer	9	11

Toplam (Sum)	3967.02	3897.24
Persentil	25	1
(Yüzdelikler)	50	2
	75	3
		4

Çocuk ihmali değişkeninin merkezi eğilim ölçütleri incelendiğinde medyan değerin 2, ortalamanın ise 1.95 olduğu görülmektedir. 75. yüzdelik dilim (Q3), 3 olarak hesaplanmış olup, bu değer üst çeyreği temsil etmektedir. Bu nedenle, kesme noktasını 3 olarak belirlemek, çocuk ihmaline maruz kalma açısından en riskli grubu belirlemek için uygun bir strateji olarak değerlendirilmiştir. Buna ek olarak, çeyrekler arası aralık (IQR) yaklaşımı kullanıldığında, Q3-Q1 farkı 2 olarak hesaplanmıştır. Üst çeyrekten itibaren olan değerler genellikle yüksek risk grubu olarak kabul edildiğinden, kesme noktasının 3 olarak belirlenmesi, ihmal düzeyi yüksek bireyleri ayırt etmeye olanak tanımaktadır. Son olarak, normatif dağılım çerçevesinde bir değerlendirme yapıldığında, ortalama ± 1 standart sapma aralığı (0.74-3.16) olarak hesaplanmaktadır. Bu aralığın üst sınırına yakın olan 3 ve üzerindeki değerler, çocuk ihmali açısından daha yüksek risk taşıyan bireyleri belirlemek için mantıklı bir sınır olarak kabul edilmiştir (Tablo 2). Suriyeli göçmen örneklemini için de ulaşılan değerler dikkate alındığında, yukarıda detaylıca bahsedilen yaklaşımla her iki örneklem grubunda da kesme noktası 3 olarak belirlenmiş; 3 ve üzeri puan alan bireyler çocuk ihmali açısından yüksek risk grubuna dahil edilmiştir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yukarıda belirtilen bağımlı değişkenlerle ilişkisi incelenmek üzere belirlenen bağımsız değişkenler ise Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Bağımsız Değişkenlerin Kategorize Edilmesi

Kategori	Değişken	Değerler
Hanehalkı Özellikleri	Bölge	Batı, Güney, Orta, Kuzey, Doğu
	Yerleşim yeri	Kent, Kırsal (Suriyeli örneklemini için kamp)
	Refah düzeyi	En düşük, düşük, orta, yüksek, en yüksek
	Hanedeki Kişi Sayısı	5 kişi ve altı, 6 kişi ve üzeri
	Kardeş sayısı	Tek çocuk, 2 ve 3 çocuk, 4 çocuk ve üzeri
	Hanede Yaşayan 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı	0-1 çocuk, 2 çocuk, 3 çocuk ve üzeri
Çocuğa Ait	Yaş	0-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay, 25-36 ay, 37-48 ay, 49-59 ay

Özellikler	Cinsiyet	Kadın, Erkek
	Gebeliğin planlanması	İstem dışı gebelik (doğum) ve daha sonra istenen veya istenen gebelik (doğum)
Ebeveyn Özellikleri	Anne yaşı	15-18, 19-35, 36-49
	Baba yaşı	18-35, 36-49, 50 ve üzeri
	Anne eğitim düzeyi	Eğitimsiz, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise ve üzeri mezun
	Baba eğitim düzeyi	Eğitimsiz, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise ve üzeri mezun
	Annenin çalışma durumu	Çalışıyor, çalışmıyor

3.5.Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmanın veri kaynağını TNSA 2018 Türkiye ve Türkiye’de yaşayan Suriyeli göçmen veri tabanları oluşturmuştur. Araştırmanın amacı doğrultusunda çocuk ihmali ile ilişkilendirilen değişkenler ve uygun veri setleri belirlendikten sonra örneklem ve incelenecek değişkenler açısından veri seti analize uygun hale getirilerek yeni bir veri tabanı oluşturulmuştur.

3.6.Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez A:

H1 hipotezi; Türkiye’de yaşayan çocuklar arasında en yaygın ihmal türü fiziksel ihmaldir.

H0 hipotezi; Fiziksel ihmal, Türkiye’de yaşayan çocuklar arasında en yaygın görülen ihmal türü değildir.

Hipotez B:

H1 hipotezi; Türkiye’de yaşayan göçmen çocuklarda ihmale maruz kalma oranı, Türk çocuklara kıyasla daha yüksektir.

H0 hipotezi; Türkiye’de yaşayan Suriyeli göçmen çocuklar ile Türk çocuklar arasında ihmale maruz kalma oranları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez C:

H1 hipotezi; Refah düzeyi düşük olması çocuk ihmali maruziyetini artırır.

H0 hipotezi; Refah düzeyinin düşük olması çocuk ihmali maruziyetini artırmaz.

3.7.Verilerin Analizi

HÜNEE tarafından kullanıma açılan TNSA veri setleri ağırlıklandırılmış olup, tüm analizlerde bu ağırlıklandırma göz önünde bulundurulmuş, yapılan analizler sonucu verilen tablolarda ağırlıklandırılmış sayı ve yüzdeler verilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiklerde toplam sayı ve yüzde hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla Pearson ki-kare ve gereğinde Fisher Kesinlik Testi uygulanmıştır.

İhmalle ilişkilendirilecek durumlar olarak sosyal destek ihmali, fiziksel ihmal, tıbbi ihmal ve eğitim ihmali maruziyetini belirlemek için, seçilen değişkenlere farklı sayıda cevaplar verilmiştir. Bunun nedeni kişinin o sırada cevap vermeyişi, çocuğun yaşının soruyla uyumsuz olması vb. nedenlerdir. Seçilen değişkenlerden en az 3 değişkenden birine ihmal düşündüren cevap verildiğinde o ihmal türü yaşanmış kabul edilmiştir.

İhmalle ilişkilendirilen durumlara (sosyal destek, fiziksel, tıbbi, eğitim) maruziyeti ve değişkenlerden çıkarılan çocuk ihmali değişkeni dikotom olarak düzenlendikten sonra bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelenmek üzere 3 model ile lojistik regresyon yapılmıştır. Lojistik regresyon öncesi korelasyon testi yapılmış, 0,6 ve üzeri oranda korele bulunan değişkenler analizden çıkarılmıştır.

3 model için bağımsız değişkenler şu şekilde belirlenmiştir:

- 1. model: Hanehalkı özellikleri (bölge, yerleşim yeri, refah düzeyi, Hanedeki Kişi Sayısı, Kardeş sayısı, Hanede Yaşayan 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı)
- 2. model: Çocuğa Ait özellikler (çocuğun yaşı, cinsiyeti, annesinin bu gebeliği/doğumu isteme durumu)
- 3. model: Ebeveyn özellikleri (anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, annenin çalışması)

Lojistik regresyon analizinde ilişkinin gücü odds oranı (OR) olarak hesaplanmıştır ve %95'lik güven aralıkları içerisinde ifade edilmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak belirlenmiştir.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

3.8.Araştırmanın İzinleri

TNSA veri toplama ve soru kağıtları ile ilgili ayrıntılı bilgi araştırmanın genel bilgiler bölümünde verilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TNSA Ana Raporu'nun yayımlanmasının ardından 2 yıllık süre sonunda, orijinal veri tabanlarını HÜNEE dışındaki kişi veya kurumların kullanımına açmaktadır. Bu araştırma için HÜNEE internet sitesi üzerinden başvuru formu doldurularak veritabanı kullanım yetkisi talebinde bulunulmuş, 07.10.2024 tarihinde talebin onaylanması üzerine araştırma için veri tabanları elde edilmiştir. HÜNEE Veri kullanımını onay e-postası ekte yer almaktadır (Ek-2). Veritabanı kullanım izni alınmasını takiben 22.11.2024 tarihinde Düzce Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuruda bulunuldu. Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.11.2024 tarihli ve 2024/241 sayılı kararı ile tez çalışma onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölüm dört başlık halinde incelenmiştir. İlk başlıkta Türkiye'de yaşayan Suriyeli göçmen çocuklar ve Türk çocuklara ait tanımlayıcı tablolar, ikinci bölümde çocuk ihmali ile ilişkilendirilen durumlar ve bu ihmallerin yaygınlığı üçüncü bölümde tek değişkenli analizleri içeren tablolar ve dördüncü bölümde ise üç model ile yapılan lojistik regresyon analizi sunulmuştur. Tablolarda yer alan sayı ve yüzdeler ağırlıklandırılmış sayı ve yüzdelerdir.

4.1.2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Hanehalkı, Sosyodemografik ve Ebeveyn Özellikleri

Tablo 4. Suriyeli Göçmen ve Türk Çocukların Hanehalkı Özellikleri

	Kategori	Türk Çocuklar		Suriyeli Göçmen Çocuklar	
		n	%	n	%
Bölge	Batı	827	40,7	257	21,6
	Güney	271	13,4	428	36,0
	Orta	389	19,2	95	7,9
	Kuzey	81	4,0	0	0,0
	Doğu	463	22,8	411	34,5

Yerleşim Yeri	Kentsel	1560	76,8	1142	95,9
	Kırsal	471	23,2	48	4,1
Refah Düzeyi	En Düşük	406	20,0	-	
	Düşük	414	20,4		
	Orta	426	21,0		
	Yüksek	389	19,1		
	En Yüksek	397	19,5		
Hanedeki Kişi Sayısı	5 kişi ve altı	1423	70,0	416	35,0
	6 kişi ve üzeri	609	30,0	774	65,0
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	588	29,0	281	23,6
	2 ve 3 çocuk	1130	55,8	517	43,4
	4 ve üzeri	307	15,1	394	33,0
Hanede Yaşayan 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı	0-1 çocuk	1438	70,8	431	36,2
	2 çocuk	491	24,1	450	37,8
	3 ve üzeri	104	5,1	310	26,0

Tablo 4'teki verilere göre, Türk çocuklarının en yoğun olarak yaşadığı bölge Türkiye'nin Batı bölgesi olup, oran %40,7'dir. En düşük oran ise %4,0 ile Kuzey bölgesinde görülmektedir. Suriyeli göçmen çocuklarda ise en yüksek oran %36,0 ile Güney bölgesinde, en düşük oran ise Kuzey bölgesinde %0,0'dır. Yerleşim yeri açısından Türk çocuklarının %76,8'i kentsel alanlarda yaşarken, %23,2'si kırsal alanlarda yaşamaktadır. Suriyeli göçmen çocukların %95,9'u kentsel alanlarda yaşamakta olup kamp alanlarında yaşayanların oranı ise sadece %4,1'dir (Tablo 4).

Refah düzeyine bakıldığında ülke temsiline göre yapılan örneklem seçimi ile uygun olarak Türk çocuklar arasında refah düzeyi dağılımı oldukça dengelidir. En düşük refah düzeyine sahip olanların oranı %20,0 en yüksek refah düzeyine sahip olanların oranı ise %19,5'tir (Tablo 4).

Hanedeki kişi sayısı açısından Türk çocukların %70,0'ı 5 kişi ve altında bireyden oluşan hanelerde yaşarken, %30,0'ı 6 kişi ve üzeri bireyden oluşan hanelerde yaşamaktadır. Buna karşılık Suriyeli çocukların %35'i 5 kişi ve altında bireyden oluşan hanelerde, %65,0'ı ise 6 kişi ve üzeri bireyden oluşan hanelerde yaşamaktadır (Tablo 4).

Kardeş sayısına bakıldığında Türk çocukların %55,8'i 2 veya 3 kardeşe sahiptir. Tek çocuk olanların oranı %29,0, 4 ve üzeri kardeşe sahip olanların oranı ise %15,1'dir. Suriyeli çocuklarda ise %43,4'ü 2 veya 3 kardeşe sahipken, 4 ve üzeri

kardeşe sahip olanların oranı %33'tür. Hanede yaşayan 5 yaş altı çocuk sayısına göre Türkiye örneklemini hanelerinin %70,8'inde 0-1 çocuk bulunmaktadır. Bu oran Suriyeli göçmen örneklemini hanelerinde %36,2'dir. Türkiye örneklemini hanelerinin %24,1'inde 2 çocuk, %5,1'inde ise 3 ve üzeri çocuk bulunurken, Suriyeli göçmen örneklemini hanelerinde bu oranlar sırasıyla %37,8 ve %26'dır (Tablo 4).

Tablo 5. Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Ebeveyn Özellikleri

		Türk Çocuklar		Suriyeli Göçmen Çocuklar	
	Kategori	n	%	n	%
Anne Yaşı	15-18	17	0,8	76	6,4
	19-35	1568	77,2	973	81,7
	36-49	447	22,0	142	11,9
Baba Yaşı	15-18	3	0,1	1	0,1
	19-35	1155	57,7	810	70,3
	36-49	811	40,5	300	26,0
	50 ve üzeri	32	1,6	42	3,6
Anne Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	185	9,1	142	11,9
	İlkokul	571	28,1	474	39,8
	Ortaokul	891	43,9	488	40,9
	Lise ve üzeri	385	18,9	88	7,4
Baba Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	35	1,7	129	10,8
	İlkokul	531	26,1	483	40,5
	Ortaokul	994	48,9	454	38,2
	Lise ve üzeri	466	22,9	113	9,5
	Bilinmiyor	7	0,3	12	1,0
Anne Çalışma Durumu	Çalışmıyor	1592	78,4	1127	94,6
	Çalışıyor	439	21,6	64	5,4

Tablo 5'teki verilere göre Türk annelerin yaş grubu en yoğun olarak %77,2 oranında 19-35 yaş aralığında yer almaktadır. Bu oran Suriyeli göçmen annelerde %81,7 ile daha yüksektir. Türklerde 36-49 yaş aralığındaki annelerin oranı %22 iken Suriyeli göçmen annelerde bu oran %11,9'dur. 15-18 yaş aralığında annelerin oranı Türkiye örnekleminde %0,8 iken Suriyeli göçmen örnekleminde bu oran %6,4 ile dikkat çekici derecede yüksektir (Tablo 5).

Babaların yaş dağılımına bakıldığında Türk babaların %57,7'si 19-35 yaş aralığında yer almakta, %40,5'i ise 36-49 yaş aralığındadır. Suriyeli göçmen babalarda ise %70,3'ü 19-35 yaş grubunda yoğunlaşırken %26'sı 36-49 yaş

grubundadır. Türklerde 15-18 yaş grubunda babalık oranı %0,1 iken Suriyeli göçmen babalarda bu oran %0,1'dir. 50 yaş ve üzerindeki babaların oranı Türklerde %1,6 iken Suriyeli göçmen örnekleminde %3,6'dır (Tablo 5).

Eğitim düzeyine göre Türk annelerin %43,9'u ortaokul mezunu, %28,1'i ilkokul mezunu ve %18,9'u lise ve üzeri eğitim almıştır. Suriyeli göçmen annelerde ise %40,9'u ortaokul, %39,8'i ilkokul mezunu iken yalnızca %7,4'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Türk annelerde eğitimsiz anne oranı %9,1 iken Suriyeli göçmen annelerde bu oran %11,9'dur (Tablo 5).

Baba eğitim düzeyinde ise Türk babaların %48,9'u ortaokul mezunu, %26,1'i ilkokul mezunu ve %22,9'u lise ve üzeri eğitim almıştır. Suriyeli göçmen babaların %40,5'i ilkokul, %38,2'si ortaokul ve yalnızca %9,5'i lise ve üzeri eğitim almıştır. Eğitimsiz baba oranı Türklerde %1,7 iken Suriyeli göçmen örnekleminde %10,8'dir (Tablo 5).

Anne çalışma durumu açısından Türk annelerin %78,4'ü çalışmazken %21,6'sı çalışmaktadır. Suriyeli göçmen annelerde ise çalışmayan oranı %94,6, çalışan oranı ise yalnızca %5,4'tür (Tablo 5).

Bu bulgular Türk ve Suriyeli göçmen örneklemlerinde ebeveynlerin demografik ve sosyoekonomik özelliklerinde belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle Suriyeli ebeveynlerde genç yaşta ebeveynlik, düşük eğitim düzeyi ve annelerin çalışma oranlarının düşüklüğü dikkat çekmektedir.

Tablo 6. Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Özellikleri

	Kategori	Türk Çocuklar		Suriyeli Göçmen Çocuklar	
		n	%	n	%
Yaş	0-6 ay	290	14,4	267	22,6
	7-12 ay	254	12,6	180	15,3
	13-24 ay	400	19,9	328	27,8
	25-36 ay	377	18,7	194	16,5
	37-48 ay	374	18,5	131	11,1
	49-59 ay	321	15,9	79	6,7
Cinsiyet	Erkek	1017	50,1	646	54,2
	Kadın	1014	49,9	545	45,8
Gebeliğin Planlanması	İstenmeyen doğum	351	17,3	159	13,4
	İstenen doğum	1681	82,7	1029	86,6

Çocuk Yaşıyor	Kiminle	Ebeveyn biriyle	harici	6	0,3	6	0,5
		Ebeveyn ile		2010	99,7	1174	99,5
		Toplam		2032	100,0	1191	100,0

Türk ve Suriyeli göçmen çocukların özelliklerinin verildiği Tablo 6 incelendiğinde çocukların yaş dağılımında Türklerde en sık rastlanan yaş grubu %19,9 ile 13-24 ay iken, Suriyeli göçmen çocuklarda da aynı yaş grubu %27,8 ile en sık rastlanan gruptur. En düşük oran ise Türklerde %12,6 ile 7-12 ay grubunda, Suriyeli göçmen çocuklarda ise %6,7 ile 49-59 ay grubunda görülmüştür (Tablo 6).

Cinsiyet açısından bakıldığında Türk çocuklarda cinsiyet oranı neredeyse eşit olup, oğlan çocuklar %50,1 ve kız çocuklar %49,9'dur. Suriyeli göçmen çocuklarda ise oğlan çocuk oranı %54,2, kız çocuk oranı ise %45,8'dir. (Tablo 6).

Gebeliğin planlanması değişkenine bakıldığında, Türkiye örnekleminde istenmeyen doğum oranı %17,3, Suriyeli göçmen örnekleminde ise bu oran %13,4'tür. Her iki grup için de istenen doğum oranı %80'lerde ve oldukça yüksektir (Tablo 6).

Çocukların kiminle yaşadığı incelendiğinde hem Türk hem de Suriyeli göçmen örnekleminde çocukların büyük bir çoğunluğu ebeveynleriyle yaşamaktadır (Türk %99,7, Suriyeli göçmen %99,5). Ebeveyn harici bir kişiyle yaşayan çocuk oranı her iki grup için de oldukça düşüktür (Türk %0,3, Suriyeli %0,5) (Tablo 6).

Genel olarak Suriyeli göçmen çocuklar daha küçük yaş gruplarında yoğunlaşmışken, Türk çocuklarının yaş dağılımı daha dengelidir. Ayrıca her iki grupta da gebeliklerin büyük oranda planlanmış olduğu ve çocukların genellikle ebeveynleriyle birlikte yaşadığı görülmektedir (Tablo 6).

4.2. 2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Çocuk İhmali ile İlişkilendirilen Durumları Yaşama Yaygınlığı

Tablo 7. Sosyal Destek İhmali ile İlişkili Durumların Yaygınlığı

	Kategori	Türk Çocuklar		Suriyeli Göçmen Çocuklar	
		n	%	n	%
İçme Suyuna Ulaşma Süresi	Her an ulaşılabilir	1835	94,3	1154	96,9
	Süre gerekli	110	5,7	21	1,8
Sistemli ve Temiz Tuvalet	Sistemli ve temiz tuvalet	1938	99,5	1170	98,3
	İhmale açık tuvalet	10	0,5	6	0,5
Tuvalet İmkânı	Eve ait tuvalet	1923	98,8	1144	97,7
	Ortak tuvalet	24	1,2	26	2,3
(Tüm Durumlar Değerlendirildiğinde) Sosyal Destek İhmali	İhmal Düşünülmeyen	1808	92,8	1126	95,7
	İhmal Düşünülen	141	7,2	51	4,3
	Toplam	1948	100,0	1191	100,0

Tablo 7’ye göre Türk ve Suriyeli göçmen çocuklarda sosyal destek ihmaliyle ilişkili durumlar değerlendirildiğinde içme suyuna ulaşma süresi açısından her iki grupta da büyük bir çoğunluk her an ulaşılabilir durumdadır. Türk çocukların evlerinde %94,3 oranında, Suriyeli göçmen çocukların evlerinde ise %96,9 oranında içme suyuna kolaylıkla ulaşılabilir bulunmaktadır. Ancak süre gereksinimi nedeniyle içme suyuna erişimde sorun yaşayanların oranı Türklerde %5,7 iken Suriyeli göçmenlerde bu oran %1,8’dir. Sistemli ve temiz tuvalet kullanımı her iki örneklem grubunda da oldukça yüksek seviyededir. Türklerde %99,5, Suriyeli göçmen hanelerinde %98,3 oranında çocuk sistemli ve temiz tuvalete erişime sahiptir. İhmale açık tuvalet kullanım oranları ise her iki örneklem grubunda da oldukça düşük olup Türk hanelerde %0,5, Suriyeli hanelerde %0,5 oranında görülmüştür (Tablo 7).

Tuvalet imkânı açısından değerlendirildiğinde eve ait tuvalet kullanım oranı Türk hanelerde %98,8, Suriyeli göçmen hanelerde %97,7 olarak oldukça yüksek seviyelerdedir. Ancak başka hanelerle ortak kullanılan tuvalet varlığı Türk hanelerinde %1,2 iken Suriyeli göçmen hanelerde bu oran %2,3’tür (Tablo 7).

Sosyal destek ihmalı genel olarak ele alındığında Türk çocuklar %7,2, Suriyeli göçmen çocuklar ise %4,3 sosyal destek ihmaline maruz kalmaktadır (Tablo 7).

Bu bulgular her iki örneklem grubunda da sosyal destek ihmalıyla ilişkili durumlarda genelde olumlu bir tablo ortaya koysa da Türk hanelerinde süre gereksinimi nedeniyle içme suyuna erişimde gecikme ve ortak tuvalet kullanımında Suriyeli göçmen hanelere göre daha yüksek oranlar dikkat çekmektedir. Bunun yanında, sosyal destek ihmalı açısından Türk çocuklarında oranların Suriyeli göçmen çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Fiziksel İhmal ile İlişkili Durumların Yaygınlığı

	Kategori	Türk Çocuklar		Suriyeli Göçmen Çocuklar	
		n	%	n	%
Emzirme Süresi	<6 Ay	285	14,2	231	19,5
	6 aydan fazla	1728	85,8	957	80,5
Doğum sonrası ilk 3 gün beslenme	Anne sütü dışında bir şey verildi	779	39,3	271	24,1
	Sadece anne sütü	1203	60,7	852	75,9
VKİ*	Normal aralık	1369	89,4	884	83,9
	+2 SD üzeri	137	9	139	13,2
	-2 SD altı	25	1,6	31	2,9
Son 1 hafta içinde bir saatten fazla evde yalnız bırakılma	Evet	65	3,2	47	4
	Hayır	1951	96,8	1133	96
Son 1 hafta içinde başka bir çocukla bir saatten fazla bırakılma	Evet	88	4,4	31	2,6
	Hayır	1928	95,6	1149	97,4
(Tüm Durumlar Değerlendirildiğinde) Fiziksel İhmal	İhmal	940	46,7	618	52,5
	Düşünülmeyen	1075	53,3	559	47,5
	Toplam	2016	100,0	1177	100,0

*VKİ: Vücut Kitle İndeksi

Tablo 8'e göre Türk ve Suriyeli göçmen çocuklarda fiziksel ihmal ile ilişkili durumlar incelendiğinde; emzirme süresi 6 aydan az olan çocukların oranı Türklerde %14,2, Suriyeli göçmenlerde ise %19,5'tir. 6 aydan fazla emzirme oranı ise her iki grupta da yüksektir. Doğum sonrası ilk 3 gün sadece anne sütü ile beslenenlerin oranı Türkiye örnekleminde %60,7, Suriyeli göçmen örnekleminde ise %75,9 olarak

belirlenmiştir. Doğum sonrası ilk 3 günde anne sütü dışında herhangi bir besin verilenlerin oranı ise Türkiye örnekleminde %39,3 olup Suriyeli göçmen örnekleminde (%24,1) yüksektir (Tablo 8).

Vücut kitle indeksi (VKİ) açısından normal aralıkta olan çocukların oranı Türkiye örnekleminde %89,4 ve Suriyeli göçmen örnekleminde %83,9 olup her iki grup için de çoğunluğu oluşturmaktadır. Ancak +2 SD üzerindeki oran Türk çocuklarda %9 iken Suriyeli göçmen çocuklarda %13,2 olup daha yüksektir. -2 SD altı olan çocukların oranı Türkiye örnekleminde %1,6, Suriyeli göçmen örnekleminde ise %2,9'dur (Tablo 8).

Son bir hafta içinde çocuğun evde bir saatten fazla yalnız kalması durumu Türkiye örnekleminde %3,2, Suriyeli göçmen örnekleminde ise %4 oranında görülmüştür. Çocuğun başka bir çocuğa bir saatten fazla bırakılması ise Türkiye örnekleminde %4,4, Suriyeli göçmen örnekleminde %2,6 oranındadır (Tablo 8).

Genel olarak fiziksel ihmal durumu Türkiye örnekleminde %53,3, Suriyeli göçmen örnekleminde %47,5 olarak tespit edilmiştir. Bulgular Suriyeli göçmenlerde emzirme ve sadece anne sütüyle beslenmenin daha yaygın olduğunu ancak fiziksel ihmal oranının Türkiye örnekleminde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca VKİ +2 SD üzeri çocuk oranı Suriyeli göçmenlerde daha fazladır (Tablo 8).

Tablo 9. Tıbbi İhmal ile İlişkili Durumların Yaygınlığı

	Kategori	n	Türk Çocuklar %	Suriyeli Göçmen Çocuklar	
				n	%
Doğum öncesi bakım	Hiç	71	3,5	85	7,1
	Yetersiz	216	10,7	424	35,6
	Yeterli	1744	85,8	682	57,3
Doğum esnasındaki koşullar	Sağlıksız koşullar	58	2,9	231	23,0
	Sağlık kuruluşu	1974	97,1	773	77,0
FKÜ taraması*	Yaptırmamış/Bilmiyor	22	1,1	195	16,4
	Yaptırmış	2010	98,9	993	83,6
İşitme testi taraması	Yaptırmamış/Bilmiyor	66	3,2	203	17,1

	Yaptırmış	1966	96,8	985	82,9
Aşı durumu	Yaptırmamış/Bilmiyordur	1204	92,3	858	90,0
	Yaptırmış	100	7,7	96	10,0
(Tüm Durumlar Değerlendirildiğinde)	İhmal Düşünülmeyen	1603	78,9	459	38,6
Tıbbi İhmal	İhmal Düşünülen	429	21,1	729	61,4
	Toplam	2032	100,0	1188	100,0

*FKÜ: Fenilketonüri

Tablo 9'e göre Türk çocukları ve Suriyeli göçmen çocuklar arasında tıbbi ihmal ile ilişkili durumlar farklılık göstermektedir. Doğum öncesi bakım açısından Türkiye örnekleminde yeterli doğum öncesi bakım alanların oranı %85,8 iken Suriyeli göçmenlerde bu oran %57,3'tür. Yetersiz doğum öncesi bakım oranı Türkiye örnekleminde %10,7 iken Suriyeli göçmenlerde %35,6 gibi oldukça yüksek bir oranda görülmüştür. Hiç doğum öncesi bakım almayanların oranı ise Türk çocuklarda %3,5, Suriyeli göçmen çocuklarda %7,1 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

Sağlıksız koşullarda doğum yapan annelerin oranı Türkiye örnekleminde %2,9, Suriyeli göçmen örnekleminde ise %23'tür. FKÜ taraması yaptıranların oranı Türkiye örnekleminde %98,9 ile oldukça yüksek bir düzeyde iken Suriyeli göçmenlerde bu oran %83,6'dır. FKÜ taraması yaptırmayan ya da yaptırp yaptırmadığını bilmeyenlerin oranı Türkiye örnekleminde %1,1, Suriyeli göçmen örnekleminde ise %16,4'tür (Tablo 9).

İşitme testi taraması yaptıranların oranı Türkiye örnekleminde %96,8, Suriyeli göçmen örnekleminde %82,9'dur. İşitme testi taraması yaptırmayan ya da yaptırp yaptırmadığını bilmeyenlerin oranı Türkiye örnekleminde %3,2 iken Suriyeli göçmen örnekleminde %17,1 olarak belirlenmiştir. Aşı kartı varlığı ya da aşı yaptırma durumu açısından Türk çocuk örnekleminde aşı yaptırma oranı %92,3 iken Suriyeli göçmen örnekleminde %90'dır. Aşı yaptırmayanların oranı ise Türk çocuk örnekleminde %7,7, Suriyeli göçmen örnekleminde %10,0 olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Genel olarak tıbbi ihmal durumu Türk örnekleminde %21,1 oranında görülürken, Suriyeli göçmen çocuklarda bu oran %61,4 ile oldukça yüksektir. Tıbbi ihmal düşünülmeyen çocukların oranı Türk örnekleminde %78,9, Suriyeli örnekleminde ise %38,6 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, Türk çocukların genel olarak daha

yüksek bir oranda tıbbi bakım hizmetlerinden faydalandığını, Suriyeli göçmen çocukların ise tıbbi ihmal oranlarının Türk çocuklara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Eğitim İhmali ile İlişkili Durumların Yaygınlığı

	Kategori	Türk Çocuklar		Suriyeli Göçmen Çocuklar	
		n	%	n	%
Kitap sayısı	Hiç kitabı yok	438	40,9	1117	95,0
	1-2 kitabı var	137	12,8	39	3,3
	3-10 kitabı var	214	20,0	20	1,7
	10'dan fazla kitabı var	281	26,2	0	0,0
Oyuncak sahipliği	Hiç / Yetersiz	37	3,4	88	21,8
	Yeterli	1034	96,6	315	78,2
Öğrenmeyi destekleyici aktivite	Hiç / Yetersiz	330	30,8	294	73,0
	Yeterli	742	69,2	109	27,0
(Tüm Durumlar Değerlendirildiğinde) Eğitim ihmali (>24 ay çocuk)	İhmal	441	41,2	36	9,0
	Düşünülmeyen	629	58,8	366	91,0
	İhmal Düşünülen	1070	100,0	403	100,0

Tablo 10'a göre Türkiye ve Suriyeli göçmen örneklemelerindeki çocuklar arasında eğitim ihmali ile ilişkili durumlarda belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Kitap sayısı açısından, Türkiye örnekleminde hiç kitabı olmayan çocukların oranı %40,9 iken Suriyeli göçmen çocuklarda bu oran %95 gibi oldukça yüksektir. Türk çocuklarda 1-2 kitabı olanların oranı %12,8, 3-10 kitabı olanların oranı %20 ve 10'dan fazla kitabı olanların oranı %26,2'dir. Bununla birlikte Suriyeli göçmen çocuklar arasında 10'dan fazla kitabı olan hiç kimse bulunmamaktadır; yalnızca %3,3'ünün 1-2 kitabı ve %1,7'sinin 3-10 kitabı bulunmaktadır (Tablo 10).

Market ya da ev yapımı oyuncak sahipliği açısından Türk çocukların %96,6'sının oyuncakları bulunurken, bu oran Suriyeli göçmen çocuklar için %78,2'dir. Oyuncakı olmayan ve bu nedenle ihmal edilen çocukların oranı Türkiye örnekleminde %3,4 iken Suriyeli göçmen örnekleminde %21,8'dir (Tablo 10).

Öğrenmeyi destekleyici aktiviteler açısından Türk çocukların %69,2'si yeterli sayıda aktiviteye (>4 aktivite) katılırken bu oran Suriyeli göçmen çocuklarda %27'dir. Hiç ya da yetersiz aktiviteye katılan çocukların oranı Türkiye'de %30,8, Suriye'de ise %73,0 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Eğitim ihmali açısından Türk çocukların %58,8'i ihmal edilirken, Suriyeli göçmen çocuklarda bu oran %91 gibi oldukça yüksek bir seviyededir. Eğitim ihmali düşünülmeyen çocukların oranı Türkiye örnekleminde %41,2, Suriyeli göçmen örnekleminde ise yalnızca %9 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, Suriyeli göçmen çocukların eğitim ihmali açısından Türk çocuklara göre çok daha dezavantajlı bir durumda olduğunu göstermektedir (Tablo 10).

Tablo 11. İhmal Türleri Yaygınlığı

Kategori	Türk Çocuklar			Suriyeli Göçmen Çocuklar		
	İhmal Düşünülmeye n	İhmal Düşünüle n	Toplam N	İhmal Düşünülmeye n	İhmal Düşünüle n	Toplam n
Sosyal Destek İhmali	1808 (92,8)	141 (7,2)	1948	1126 (95,7)	51 (4,3)	1176
Fiziksel İhmal	940 (46,7)	1075 (53,3)	2016	618 (52,5)	559 (47,5)	1177
Tıbbi İhmal	1603 (78,9)	429 (21,1)	2032	459 (38,6)	729 (61,4)	1188
Eğitim İhmali (>24 ay)	441 (41,2)	629 (58,8)	1070	36 (9,0)	366 (91,0)	403
Çocuk İhmali	1428 (70,3)	604 (29,7)	2032	404 (33,9)	787 (66,1)	1191

Tablo 11, Türk ve Suriyeli göçmen çocukların çeşitli kategorilerdeki ihmal durumlarını karşılaştırmaktadır.

Sosyal destek ihmali kategorisinde, Türkiye örneklemindeki 1948 katılımcıdan %92,8'i sosyal destek açısından olağan durumdayken %7,2'si ihmal edilmiştir. Suriyeli göçmen örnekleminde ise 1176 katılımcıdan %95,7'si sosyal destek açısından olağan durumda iken %4,3'ü ihmal edilmiştir. Bu her iki grupta da sosyal destek açısından yüksek oranda olağan durum oranı olduğunu gösteriyor, ancak Türkiye örnekleminde ihmal oranı biraz daha yüksektir (Tablo 11).

Fiziksel ihmal kategorisinde, Türkiye örneklemindeki 2016 katılımcının %46,7'si fiziksel bakım açısından olağan durumda, %53,3'ü ise ihmal edilmiştir. Suriyeli göçmen örnekleminde ise 1177 katılımcının %52,5'i olağan durumda, %47,5'i ise ihmal edilmiştir. Türk çocuklarda fiziksel ihmal oranı Suriyeli göçmen çocuklardan daha yüksektir (Tablo 11).

Tıbbi ihmal kategorisinde, Türkiye örneklemindeki 2032 katılımcının %78,9'u tıbbi bakım açısından olağan durumda %21,1'i ise ihmal edilmiştir. Suriyeli göçmen örnekleminde ise 1188 katılımcının %38,6'sı olağan durumda, %61,4'ü ise tıbbi bakım açısından ihmal edilmiştir. Türkiye örnekleminde tıbbi ihmal oranı daha düşükken Suriyeli göçmen örnekleminde ise oldukça yüksektir (Tablo 11).

Eğitim ihmali (24 aydan büyük çocuklarda) kategorisinde Türkiye örneklemindeki 1070 katılımcıdan %41,2'si eğitim açısından olağan durumda, %58,8'i ise ihmal edilmiştir. Suriyeli göçmen örnekleminde ise 403 katılımcının %9'u olağan durumda, %91'i ise eğitim açısından ihmal edilmiştir. Bu kategoride Türkiye örnekleminde eğitim ihmal oranı daha düşükken Suriyeli göçmen örnekleminde eğitim ihmal oranı çok daha yüksektir (Tablo 11).

Çocuk ihmalini düşündüren 13 değişken içinde en az 3 değişken türünde ihmal düşündüren cevaplar veren çocuklar incelendiğinde, çocuk ihmali yaşayan çocukların oranı son “Çocuk İhmali” değişkeni ile belirtilmiştir. Çocuk ihmali yaşayan Türk çocuklarının oranı %29,7, Suriyeli göçmen çocukların oranı ise %66,1 olarak tespit edilmiştir (Tablo 11).

Genel olarak Türkiye örnekleminde sosyal destek ve tıbbi bakım açısından daha yüksek bir olağan durum gözlemlenirken, Suriyeli göçmen örnekleminde fiziksel ihmal daha dengeli ve eğitim ihmal oranı daha yüksek bir düzeyde bulunmaktadır (Tablo 11).

4.3.2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Çocuk İhmali ile İlişkilendirilen Durumlar ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Çocuk ihmalini düşündüren 13 değişken içinde en az 3 değişken türünde ihmal düşündüren cevaplar veren çocuklar, Bölüm 3.4.1'de belirtilen yaklaşımla

“çocuk ihmali” yaşayan çocuklar olarak değerlendirilmiş ve ihmali ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki Tablo 12, Tablo 13 ve Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 12. Çocuk İhmali ile Hanehalkı Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Türk Çocuklar İhmali Düşünülen n (%)	İhmali Düşünülmeyen n (%)	p	Suriyeli Göçmen Çocuklar İhmali Düşünülen n (%)	İhmali Düşünülmeyen n (%)	p
Bölge	Batı	192 (31,83)	635 (44,47)	<0,001	175 (22,2)	83 (20,5)	0,373
	Güney	90 (14,89)	181 (12,71)		269 (34,2)	159 (39,4)	
	Orta	97 (16,05)	292 (20,47)		65 (8,2)	30 (7,4)	
	Kuzey	20 (3,28)	61 (4,29)		0	0	
	Doğu	205 (33,95)	258 (18,07)		278 (35,4)	132 (32,8)	
Yerleşim Yeri	Kentsel	419 (69,48)	1141 (79,89)	<0,001	758 (96,3)	384 (95,2)	0,393
	Kırsal	184 (30,52)	287 (20,11)		0	0	
	Kamp	0	0		29 (3,7)	19 (4,8)	
Refah Düzeyi	En düşük	215 (35,57)	191 (13,36)	<0,001	-		
	Düşük	144 (23,78)	271 (18,96)				
	Orta	119 (19,74)	307 (21,49)				
	Yüksek	86 (14,21)	303 (21,22)				
	En yüksek	40 (6,70)	356 (24,96)				
Hanedeki Kişi Sayısı	5 kişi ve altı	332 (55,01)	1091 (76,38)	<0,001	261 (33,1)	156 (38,5)	0,062
	6 kişi ve üzeri	272 (44,99)	337 (23,62)		526 (66,9)	248 (61,5)	
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	138 (22,88)	451 (31,65)	<0,001	179 (22,8)	101 (25,1)	0,004
	2 ve 3 çocuk	319 (53,10)	811 (56,95)		323 (41,0)	194 (48,0)	
	4 ve üzeri	144 (24,02)	162 (11,40)		285 (36,2)	108 (26,8)	
Hanede 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı	0-1 çocuk	387 (64,03)	1051 (73,60)	<0,001	283 (36,0)	148 (36,7)	0,499
	2 çocuk	166 (27,45)	325 (22,75)		291 (37,0)	159 (39,3)	
	3 ve üzeri	51 (8,52)	52 (3,65)		213 (27,1)	97 (24,0)	

Tablo 12, Türkiye’de yaşayan Türk çocuklar ile Suriyeli göçmen çocukların hanehalkı özellikleri ve ihmali durumları arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Türkiye’de yaşayan Türk çocukları arasında Batı bölgesinde ihmali oranı %31,83, Doğu bölgesinde ise %33,95’tir. Yerleşim yerlerine göre incelendiğinde Türk çocukları kentsel yerleşim yerlerinde %69,48 oranında ihmali edilmiştir, kırsal yerleşim yerlerinde ise bu oran %30,52’dir. Çalışma bulguları kentsel yerleşim

yerlerinin ihmal üzerinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir. Refah düzeyine göre de önemli farklılıklar gözlemlenmiştir. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde ihmal oranı %35,57 iken yüksek refah düzeyindeki hanelerde bu oran %6,7'dir. Hanedeki kişi sayısına bakıldığında ise 6 ve üzeri kişi bulunan hanelerde ihmal oranı %44,99, 5 ve altı kişi bulunan hanelerde ise %55,01'dir. Bu sonuç daha kalabalık hanelerde ihmal oranının arttığını göstermektedir (Tablo 12).

Kadının yaşayan çocuk sayısına göre de önemli farklılıklar bulunmuştur. Tek çocuklu ailelerde ihmal oranı %22,88, 2-3 çocuklu ailelerde %53,10 ve 4 ve üzeri çocuğu olan ailelerde ise %24,02'dir. Hanede 5 yaş altı çocuk sayısına göre de farklılıklar görülmüştür. 0-1 tane 5 yaş altı çocuk bulunan hanelerde ihmal oranı %64,03, 2 tane 5 yaş altı çocuk bulunan hanelerde %27,45 ve 3 ve üzeri çocuk bulunan hanelerde ise %8,52'dir (Tablo 12).

Türkiye'de yaşayan Suriyeli göçmen çocuklar arasında Batı bölgesinde ihmal oranı %22,2, Doğu bölgesinde ise %35,4'tür. Ancak bölgesel farklar Türkiye'ye kıyasla daha az belirgin olmuştur. Yerleşim yeri açısından Suriyeli çocuklar kentsel yerleşim yerlerinde %96,3 oranında ihmal edilmekte, kamp yerlerinde ise ihmal oranı %3,7'dir. Refah düzeyi bilgisi verilmemiştir. Hanedeki kişi sayısına göre, 6 ve üzeri kişi bulunan hanelerde ihmal oranı %66,9, 5 ve altı kişi bulunan hanelerde ise %33,1'dir. Kadının yaşayan çocuk sayısına göre tek çocuklu hanelerde ihmal oranı %22,8, 2-3 çocuklu hanelerde ise %41,0'dır. 4 ve üzeri çocuğu olan hanelerde ihmal oranı %36,2'dir. Hanedeki 5 yaş altı çocuk sayısına göre ise 0-1 tane 5 yaş altı çocuk bulunan hanelerde %36,0, 2 tane 5 yaş altı çocuk bulunan hanelerde %37,0, 3 ve üzeri 5 yaş altı çocuğu olan hanelerde ise %27,1 oranında ihmal görülmektedir (Tablo 12).

Sonuç olarak hem Türk hem de Suriyeli çocuklar için ihmalin hanehalkı özelliklerine bağlı olarak farklı oranlarda gözlemlendiği söylenebilir. Özellikle bölge, yerleşim yeri, hane büyüklüğü gibi faktörler çocukların ihmal edilme oranlarını etkileyen önemli unsurlardır. Refah düzeyi ve kadının yaşayan çocuk sayısı gibi faktörler de ihmalin belirleyicileri arasında yer almaktadır. Türkiye'de Türk çocukları ile Suriyeli göçmen çocuklar arasındaki ihmal oranları bazı alanlarda farklılık

gösterse de genel olarak benzer faktörlerin ihmal üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. İhmal Durumu ile Ebeveyn Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Türk Çocuklar		p	Suriyeli Göçmen Çocuklar		p
		İhmal Düşünülen n (%)	İhmal Düşünülmeyen n (%)		İhmal Düşünülen n (%)	İhmal Düşünülmeyen n (%)	
Anne Yaşı	15-18	10 (1,72)	6 (0,45%)	0,012	42 (5,3%)	34 (8,5)	0,019
	19-35	468 (77,51%)	1100 (77,03%)		640 (81,3%)	332 (82,3)	
	36-49	125 (20,77%)	321 (22,51%)		105 (13,3%)	37 (9,2)	
Baba Yaşı	19-35	358 (60,70%)	796 (56,56%)	0,185	510 (67,9%)	300 (74,9)	0,043
	36-49	225 (38,13%)	586 (41,65%)		212 (28,2%)	88 (22,1)	
	50 ve üzeri	7 (1,17%)	25 (1,79%)		29 (3,9%)	12 (3,1)	
Anne Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	96 (15,89%)	89 (6,22%)	<0,001	112 (14,3%)	30 (7,3)	<0,001
	İlkokul	211 (34,95%)	360 (25,19%)		339 (43,1%)	134 (33,3)	
	Ortaokul	246 (40,77%)	645 (45,19%)		294 (37,4%)	194 (47,9)	
	Lise ve üzeri	51 (8,39%)	334 (23,39%)		42 (5,3%)	46 (11,4)	
Baba Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	24 (3,93%)	11 (0,80%)	<0,001	103 (13,3%)	26 (6,4)	<0,001
	İlkokul	220 (36,61%)	310 (21,81%)		324 (41,7%)	158 (39,6)	
	Ortaokul	292 (48,46%)	702 (49,32%)		293 (37,6%)	162 (40,3)	
	Lise ve üzeri	66 (11,00%)	400 (28,08%)		58 (7,5%)	55 (13,7)	
Anne Çalışma Durumu	Çalışmıyor	504 (83,44%)	1089 (76,24%)	<0,001	744 (94,5%)	383 (94,9)	0,781
	Çalışıyor	100 (16,56%)	339 (23,76%)		44 (5,5%)	21 (5,1)	

Tablo 13, Türkiye’de yaşayan Türk çocuklar ile Suriyeli göçmen çocuklar arasındaki ebeveyn özellikleri ve ihmal durumu ilişkisini incelemektedir.

İlk olarak anne yaşı incelendiğinde Türkiye örnekleminde 15-18 yaşındaki anneler arasında ihmal oranı %1,72, 19-35 yaşındaki anneler arasında %77,51 ve 36-49 yaşındaki anneler arasında %20,77’dir. Suriyeli göçmen çocuklarda ise 15-18 yaşındaki annelerde ihmal oranı %5,3, 19-35 yaşındaki annelerde %81,3 ve 36-49 yaşındaki annelerde %13,3’tür. Türkiye’de 15-18 yaş arası anne yaş grubunda, Suriyeli göçmen annelere kıyasla daha düşük bir ihmal oranı gözlemlenmiştir (Tablo 13).

Türkiye örnekleminde 19-35 yaş babalar arasında ihmal oranı %60,70, 36-49 yaş babalar arasında %38,13'tür. Suriyeli göçmen örnekleminde ise 19-35 yaş babalar arasında ihmal oranı %67,9, 36-49 yaş babalar arasında ise %28,2'dir. 50 yaş ve üzeri babalar arasında Türkiye örnekleminde ihmal oranı %1,17, Suriyeli göçmen örnekleminde ise %3,9'dur. 50 yaş ve üzeri Suriyeli göçmen babaların ihmal oranı Türk babalara kıyasla daha yüksek çıkmıştır (Tablo 13).

Anne eğitim düzeyi incelendiğinde Türkiye örnekleminde eğitimsiz annelerde ihmal oranı %15,89, ilkokul mezunu annelerde %34,95, ortaokul mezunu annelerde %40,77 ve lise ve üzeri eğitilmiş anneler arasında %8,39'dur. Suriyeli göçmen örnekleminde ise eğitimsiz annelerin ihmal oranı %14,3, ilkokul mezunu annelerin %43,1, ortaokul mezunu annelerin %37,4, ve lise ve üzeri eğitilmiş annelerin %5,3'tür. Her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça ihmal oranı düşmektedir ancak Suriyeli göçmen annelerde ilkokul ve ortaokul eğitim düzeyinde ihmal oranı Türk annelere göre daha yüksektir (Tablo 13).

Baba eğitim düzeyi incelendiğinde Türkiye örnekleminde eğitimsiz babalarda ihmal oranı %3,93, ilkokul mezunu babalarda %36,61, ortaokul mezunu babalarda %48,46 ve lise ve üzeri eğitilmiş babalarda %11'dir. Suriyeli göçmen örnekleminde ise eğitimsiz babaların ihmal oranı %13,3, ilkokul mezunu babaların %41,7, ortaokul mezunu babaların %37,6 ve lise ve üzeri eğitilmiş babaların %7,5'tir. Suriyeli göçmen örnekleminde eğitimsiz ve ilkokul düzeyindeki babaların ihmal oranı Türkiye örneklemindeki babalardan belirgin şekilde daha yüksektir (Tablo 13).

Anne çalışma durumu incelendiğinde Türkiye örnekleminde çalışmayan anneler arasında ihmal oranı %83,44, çalışan anneler arasında ise %16,56'dır. Suriyeli göçmen örnekleminde ise çalışmayan anneler arasında ihmal oranı %94,5, çalışan anneler arasında ise %5,5'tir. Türkiye örnekleminde çalışan annelerde daha yüksek ihmal oranı görülürken Suriyeli göçmen örnekleminde annelerin çoğunluğunun çalışmaması, çalışmayan annelerdeki düşük ihmal oranını etkileyen bir faktör olabilir (Tablo 13).

Bu sonuçlar eğitim düzeyi ve baba yaşı gibi faktörlerin ihmal oranlarını etkileyen önemli değişkenler olduğunu göstermektedir. Suriyeli göçmen çocuklar

için özellikle eğitim düzeyi ve baba yaşı gibi etkenlerin Türk çocuklara göre farklı bir dinamik sunduğu gözlemlenmektedir (Tablo 13).

Tablo 14. İhmal Durumu ile Çocuğun Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Türk Çocuklar			Suriyeli Göçmen Çocuklar		
		İhmal Düşünüle n n (%)	İhmal Düşünülmeyen n (%)	p	İhmal Düşünüle n n (%)	İhmal Düşünülmeyen n (%)	p
Çocuğun Yaşı	0-6 ay	137 (22,94)	153 (10,77)	<0,001	81 (20,2)	187 (23,9)	<0,001
	7-12 ay	65 (10,94)	188 (13,28)		90 (22,6)	90 (11,5)	
	13-24 ay	104 (17,36)	297 (20,91)		139 (34,8)	189 (24,2)	
	25-36 ay	130 (21,82)	247 (17,42)		39 (9,7)	156 (19,9)	
	37-48 ay	88 (14,77)	286 (20,14)		35 (8,8)	96 (12,3)	
	49-59 ay	73 (12,17)	248 (17,48)		15 (3,9)	64 (8,1)	
Çocuğun Cinsiyeti	Erkek	314 (51,97)	703 (49,26)	0,256	212 (52,6)	434 (55,1)	0,405
	Kadın	290 (48,03)	725 (50,74)		191 (47,4)	353 (44,9)	
Gebeliğin Planlanması	İstenen doğum	480 (79,57)	1200 (84,07)	0,016	355 (87,9)	674 (86,0)	0,362
	İstenmeyen doğum	123 (20,43)	228 (15,93)		49 (12,1)	110 (14,0)	

Tablo 14, Türkiye’de yaşayan Türk çocuklar ile Suriyeli göçmen çocuklar arasındaki ihmal düşünülme durumunun, çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti ve gebeliğin planlanıp planlanmadığı gibi faktörlerle ilişkisini göstermektedir.

Çocuğun yaşı dikkate alındığında Türk 0-6 aylık çocuklar arasında ihmal düşünülme oranı %22,94, 7-12 aylık çocuklar arasında %10,94, 13-24 aylık çocuklar arasında %17,36, 25-36 aylık çocuklar arasında %21,82, 37-48 aylık çocuklar arasında %14,77 ve 49-59 aylık çocuklar arasında %12,17’dir. Suriyeli göçmen çocuklarda ise 0-6 aylık çocuklar arasında ihmal düşünülme oranı %20,2, 7-12 aylık çocuklar arasında %22,6, 13-24 aylık çocuklar arasında %34,8, 25-36 aylık çocuklar arasında %9,7, 37-48 aylık çocuklar arasında %8,8 ve 49-59 aylık çocuklar arasında %3,9’dur. Türkiye örneğinde 0-6 aylık çocuklarda ihmal düşünülme oranı daha yüksekken, Suriyeli göçmen çocuklarda 13-24 aylık yaş grubundaki ihmal oranı

oldukça yüksektir. Ayrıca Suriyeli çocuklarda yaş büyüdükçe ihmal oranı düşmektedir (Tablo 14).

Çocuğun cinsiyeti açısından Türkiye örneklemindeki ihmal oranı erkek çocuklar için %51,97, kadın çocuklar için %48,03'tür. Suriyeli göçmen çocuklar arasında ise erkek çocuklar için ihmal oranı %52,6, kadın çocuklar için %47,4'tür. Her iki örneklem grubunda da erkek ve kadın çocuklar arasında ihmal oranı açısından belirgin bir fark bulunmamaktadır (Tablo 14).

Anne tarafından çocuğun istenip istenmemesi incelendiğinde, Türkiye örnekleminde istenmeyen gebelikler sonucu doğan çocuklar arasında ihmal oranı %20,43, isteyerek gelişen gebelikler sonucu doğan çocuklar arasında ise %79,57'dir. Suriyeli göçmen çocuklarda ise istenmeyen gebelikler sonucu doğan çocuklar arasında ihmal oranı %12,1 ve isteyerek gelişen gebelikler sonucu doğan çocuklar arasında %87,9'dur. Türkiye örnekleminde istenmeyen gebelikler sonucu doğan çocuklar arasında daha yüksek bir ihmal oranı gözlemlenirken, Suriyeli göçmen örnekleminde istenmeyen gebelikler sonucu doğan çocuklarda ihmal oranı oldukça düşüktür (Tablo 14).

Çalışma bulguları çocuğun yaşına göre ihmal oranlarının değişiklik gösterdiğini, daha küçük yaş gruplarındaki çocukların daha yüksek bir ihmal riskiyle karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Ayrıca çocuğun istenip istenmemesi de ihmal oranlarını etkileyen bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Tablo 14).

4.4.2018 TNSA Serisindeki Türk ve Suriyeli Göçmen Çocukların Çocuk İhmali ile İlişkilendirilen Durumlara Maruziyetlerine İlişkin Faktörleri Değerlendiren Lojistik Modeller

Çocuk ihmalini düşündüren 13 değişken içinde en az 3 değişken türünde ihmal düşündüren cevaplar veren çocuklar "çocuk ihmal" yaşayan çocuklar olarak değerlendirilmiştir. Çocukların ihmale maruz kalmalarına odaklanan ileri analizlerde 3 model geliştirilerek lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Birinci modelde çocukların hanehalkı özellikleri, 2. modelde hanehalkı özelliklerine ek olarak çocuğun yaşı ve gebeliğin planlanması özellikleri de eklenmiş ve 3. modelde

ebeveyn özellikleri de eklenerek tüm değişkenlerin çocuk ihmali üzerine etkisi aşamalı olarak incelenmiş ve bulgular Tablo 15 ve Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 15. Türk Çocukların İhmal Maruziyeti ile İlişkili Faktörler

Değişken Adı	Model 1				Model 2				Model 3			
	OR	%95 Aralığı	Güven	p	OR	%95 Aralığı	Güven	p	OR	%95 Aralığı	Güven	p
Bölge												
Batı (ref)												
Güney	0,979	0,703	1,365	0,901	0,961	0,685	1,349	0,820	0,960	0,679	1,357	0,815
Orta	1,138	0,844	1,534	0,396	1,142	0,842	1,549	0,394	1,152	0,846	1,568	0,370
Kuzey	0,899	0,510	1,586	0,714	0,901	0,506	1,604	0,722	0,958	0,534	1,719	0,886
Doğu	1,243	0,933	1,655	0,137	1,222	0,911	1,640	0,181	1,205	0,890	1,632	0,228
Yerleşim Yeri												
Kent (ref)												
Kır	0,779	0,598	1,014	0,063	0,785	0,600	1,027	0,077	0,844	0,638	1,115	0,233
Refah düzeyi												
En yüksek (ref)												
En düşük	8,126	5,208	12,679	<0,001	9,156	5,807	14,436	<0,001	4,948	2,952	8,291	<0,001
Düşük	4,050	2,672	6,137	<0,001	4,366	2,857	6,671	<0,001	2,739	1,708	4,392	<0,001
Orta	3,104	2,084	4,623	<0,001	3,141	2,095	4,711	<0,001	2,172	1,397	3,376	0,001
Yüksek	2,412	1,602	3,633	<0,001	2,418	1,596	3,665	<0,001	1,973	1,281	3,038	0,002
Hanedeki Kişi Sayısı												
5 kişi ve altı (ref)												
6 kişi ve üzeri	1,63	1,242	2,139	<0,001	1,511	1,144	1,994	0,004	1,493	1,126	1,980	0,005
Kardeş Sayısı												
Tek çocuk (ref)												
2 ve 3 çocuk	1,007	0,773	1,311	0,960	1,177	0,891	1,557	0,252	1,053	0,771	1,437	0,746
4 ve üzeri	1,057	0,726	1,541	0,772	1,342	0,889	2,026	0,161	1,162	0,717	1,884	0,542
Hanede Yaşayan <5 Yaş Çocuk Sayısı												
0-1 çocuk (ref)												
2 çocuk	0,973	0,754	1,257	0,834	0,777	0,589	1,024	0,073	0,774	0,580	1,035	0,084
3 ve üzeri	1,268	0,814	1,976	0,295	0,859	0,540	1,366	0,521	0,864	0,535	1,396	0,550
Çocuğun Yaşı												
0-6 ay (ref)												
7-12 ay					0,329	0,222	0,486	<0,001	0,313	0,210	0,466	<0,001
13-24 ay					0,345	0,243	0,489	<0,001	0,336	0,235	0,480	<0,001
25-36 ay					0,550	0,390	0,775	0,001	0,539	0,380	0,765	0,001
37-48 ay					0,300	0,206	0,436	<0,001	0,282	0,193	0,414	<0,001
49-59 ay					0,278	0,185	0,417	<0,001	0,266	0,175	0,404	<0,001
Gebeliğin Planlanması												
İstenen doğum (ref)												
İstenmeyen doğum					1,032	0,771	1,381	0,832	1,047	0,780	1,405	0,761
Annenin Yaşı												
15-18 (ref)												

19-35				1,318	0,405	4,293	0,647
36-49				1,053	0,756	1,467	0,760
Babanın Yaşı							
18-35 (ref)							
36 - 49				2,637	0,935	7,437	0,067
50 ve üzeri				2,304	0,841	6,312	0,105
Annesinin Eğitim Düzeyi							
Lise ve üzeri (ref)							
Eğitimsiz				1,810	1,028	3,187	0,040
İlkokul				1,463	0,909	2,354	0,117
Ortaokul				1,410	0,926	2,147	0,110
Babasının Eğitim Düzeyi							
Lise ve üzeri (ref)							
Eğitimsiz				4,594	1,933	10,919	0,001
İlkokul				2,066	1,365	3,127	0,001
Ortaokul				1,488	1,038	2,134	0,031
Annenin Çalışması							
Çalışıyor (ref)							
Çalışmıyor				0,936	0,693	1,264	0,666
Nagelkerke r²							
	0,152		0,194		0,216		
Cox Snell							
	0,107		0,136		0,152		
Omnibus Model Testi							
	$p < 0.001$		$p < 0.001$		$p < 0.001$		
Hosmer ve Lemeshow							
	$p = 0,342$		$p = 0,296$		$p = 0,051$		

Tablo 15'te Türk çocukların ihmal maruziyetiyle ilişkili faktörler incelenmiştir. Üç farklı model oluşturulmuş ve her modelde demografik, sosyoekonomik faktörlerin çocukların ihmal maruziyeti üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bu faktörler arasında bölge, yerleşim yeri, refah düzeyi, hanedeki kişi sayısı, çocuğun yaşı, gebeliğin planlanması, anne ve baba yaşı, eğitim düzeyi ve annenin çalışma durumu yer almaktadır.

Üç modelin uyum değerleri göz önüne alındığında, modelin açıklayıcılığı giderek artmaktadır. Model 1'in uyum değeri Nagelkerke $R^2 = 0,152$ iken, Model 2'de bu değer 0,194, Model 3'te ise 0,216'ya çıkmaktadır. Bu değerler modellerin veriyi açıklama gücünün giderek arttığını gösteriyor. Ayrıca Omnibus Model Testi tüm modellerde $p < 0,001$ bulunmuş, bu da her üç modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Hosmer ve Lemeshow Testi ise Model 1 ve Model

2'nin iyi uyum sağladığını ancak Model 3'ün biraz daha düşük uyum gösterdiğini ($p = 0,051$) ortaya koymaktadır (Tablo 15).

Anlamlı bulgulara bakıldığında bölge faktörünün çocukların ihmal durumu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Batı bölgesi referans alınarak yapılan karşılaştırmalarda diğer bölgelerin p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yerleşim yeri de ihmal durumu ile ilişkilendirilmemiştir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklar için anlamlı bir etki gözlemlenmemiştir ($p=0,063$) (Tablo 15).

Refah düzeyi ihmal durumu üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Düşük refah düzeyine sahip hanelerde çocukların ihmal riski yüksek refah düzeyine sahip hanelere göre çok daha fazladır. Düşük refah düzeyindeki çocukların ihmal riski 8.126 kat daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Diğer refah düzeyleri (orta, yüksek) de düşük refah düzeyine kıyasla anlamlı bir fark yaratmaktadır ve ihmal riski yüksektir (Tablo 15).

Hanedeki kişi sayısı da önemli bir faktördür. 6 ve üzeri kişilik hanelerde, 5 kişilik hanelere göre çocukların ihmal riski anlamlı derecede artmaktadır. Bu etki tüm modellerde anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 15).

Çocuğun yaşı da önemli bir risk faktörüdür. 0-6 ay arası yaş grubundaki çocukların ihmal riski, diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. 7-12 ay, 13-24 ay, 25-36 ay, 37-48 ay ve 49-59 ay yaş gruplarında, 0-6 ay grubuna kıyasla ihmal riski anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 15).

Sonuç olarak Türk çocukların ihmal durumu ile ilişkili en önemli faktörler arasında düşük refah düzeyi, hanedeki kişi sayısının fazla olması ve çocuğun yaşı öne çıkmaktadır. Düşük refah düzeyinde yaşayan çocukların ihmal riski çok daha yüksektir. Ayrıca büyük ailelerdeki çocuklar ve daha küçük yaşlardaki çocuklar daha fazla ihmal riski taşımaktadır (Tablo 15).

Düşük refah düzeyine sahip hanelerde çocukların ihmal edilme riski en yüksek refah düzeyine sahip hanelere kıyasla daha fazladır. En düşük refah düzeyindeki çocuklar için ihmal riski en yüksek refah düzeyine sahip hanelerdeki çocuklara göre yaklaşık 8 kat daha fazladır ($OR=8.126$, %95 GA: 5.208–12.679,

$p<0.001$). Düşük refah düzeyindeki çocukların ihmal edilme riski yüksek refah düzeyindeki çocuklara kıyasla 4 kat daha fazladır (OR=4.050, %95 GA: 2.672–6.137, $p<0.001$). Ayrıca, orta refah düzeyindeki çocuklar da yüksek refah düzeyindeki çocuklara kıyasla yaklaşık 3 kat daha fazla ihmal riski taşımaktadır (OR=3.104, %95 GA: 2.084–4.623, $p<0.001$) (Tablo 15).

Hanedeki kişi sayısının fazla olması çocukların ihmal edilme riskini artırmaktadır. 6 ve üzeri kişilik hanelerde yaşayan çocukların ihmal edilme riski, 5 ve altı kişilik hanelerde yaşayan çocuklara göre daha fazladır (OR=1.63, %95 GA: 1.242–2.139, $p<0.001$). Bu etki Model 2 ve Model 3'te de anlamlı bir şekilde gözlemlenmiştir (OR=1.511, %95 GA: 1.144–1.994, $p=0.004$; OR=1.493, %95 GA: 1.126–1.980, $p=0.005$) (Tablo 15).

Çocukların yaşlarına göre de ihmal edilme riskinde farklılıklar gözlemlenmiştir. Özellikle 7-12 ay arasındaki çocukların ihmal edilme riski, 0-6 ay arasındaki çocuklara kıyasla daha düşük seviyelerde kalmaktadır (OR=0.329, %95 GA: 0.222–0.486, $p<0.001$). Aynı şekilde 13-24 ay arasındaki çocuklar için de ihmal edilme riski daha düşüktür (OR=0.345, %95 GA: 0.243–0.489, $p<0.001$). 25-36 ay arasındaki çocuklar da ihmal edilme riski açısından 0-6 ay arasındaki çocuklara kıyasla daha düşük seviyelere sahiptir (OR=0.550, %95 GA: 0.390–0.775, $p=0.001$). 37-48 ay ve 49-59 ay arasındaki çocukların ihmal edilme riski, 0-6 ay arasındaki çocuklara kıyasla belirgin şekilde düşüktür (OR=0.300, %95 GA: 0.206–0.436, $p<0.001$; OR=0.278, %95 GA: 0.185–0.417, $p<0.001$) (Tablo 15).

Lojistik regresyon analizi bulguları düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan ve küçük yaşta olan çocukların ihmal edilme riskinin yüksek olduğunu aynı zamanda kalabalık hanelerin de ihmal riski üzerinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir (Tablo 15).

Tablo 16. Suriyeli Göçmen Çocukların İhmal Maruziyeti ile İlişkili Faktörler

Değişken Adı	Model 1				Model 2				Model 3			
	OR	%95	Güven	p	OR	%95	Güven	p	OR	%95	Güven	p
Bölge												
Batı (ref)												
Güney	0.816	0.581	1.146	0.240	0.854	0.601	1.214	0.379	0.990	0.689	1.422	0.957
Orta	1.089	0.647	1.834	0.747	1.195	0.700	2.042	0.514	1.212	0.701	2.095	0.491
Doğu	0.994	0.699	1.412	0.971	1.070	0.744	1.539	0.716	1.157	0.796	1.683	0.445
Yerleşim Yeri												
Kent (ref)												
Kamp	0.736	0.395	1.375	0.337	0.735	0.388	1.393	0.345	0.704	0.367	1.351	0.292
Hanedeki Kişi Sayısı												
5 kişi ve altı (ref)												
6 kişi ve üzeri	0.95	0.695	1.299	0.747	0.934	0.677	1.289	0.678	0.934	0.670	1.304	0.690
Kardeş Sayısı												
Tek çocuk (ref)												
2 ve 3 çocuk	0.967	0.685	1.366	0.849	0.808	0.561	1.162	0.250	0.725	0.492	1.067	0.103
4 ve üzeri	1.624	1.123	2.348	0.01	1.272	0.843	1.920	0.251	0.900	0.552	1.469	0.675
Hanede Yaşayan <5 Yaş Çocuk Sayısı												
0-1 çocuk (ref)												
2 çocuk	1.003	0.733	1.373	0.985	1.261	0.896	1.773	0.183	1.259	0.879	1.803	0.209
3 ve üzeri	1.263	0.874	1.825	0.214	1.671	1.120	2.495	0.012	1.711	1.121	2.612	0.013
Çocuğun Yaşı												
0-6 ay (ref)												
7-12 ay					0.417	0.279	0.624	<0,001	0.386	0.255	0.583	<0,001
13-24 ay					0.586	0.413	0.833	0.003	0.543	0.378	0.779	0.001
25-36 ay					1.755	1.113	2.769	0.016	1.668	1.044	2.667	0.032
37-48 ay					1.197	0.722	1.985	0.486	1.127	0.670	1.895	0.652
49-59 ay					1.767	0.916	3.411	0.089	1.575	0.794	3.121	0.193
Gebeliğin Planlanması												
İstenen doğum (ref)												
İstenmeyen doğum					0.852	0.564	1.288	0.448	0.872	0.569	1.336	0.529
Annenin Yaşı												
15-18 (ref)												
19-35									0.544	0.248	1.193	0.129
36-49									0.896	0.513	1.563	0.698
Babanın Yaşı												
18-35 (ref)												
36 - 49									1.115	0.447	2.786	0.815
50 ve üzeri									1.228	0.52	2.903	0.64
Annesinin Eğitim Düzeyi												
Lise ve üzeri (ref)												
Eğitimsiz									3.005	1.508	5.988	0.002

İlkokul				2.63	1.499	4.617	0.001
Ortaokul				1.694	1.003	2.863	0.049
Babasının Eğitim Düzeyi							
Lise ve üzeri (ref)							
Eğitimsiz				2.120	1.102	4.079	0.024
İlkokul				1.287	0.786	2.106	0.316
Ortaokul				1.307	0.810	2.109	0.272
Annenin Çalışması							
Çalışıyor (ref)							
Çalışmıyor				0.797	0.430	1.479	0.472
Nagelkerke r2	0,021		0,087			0,129	
Cox Snell	0,015		0,063			0,093	
Omnibus Model Testi	p < 0.042		p < 0.001			p < 0.001	
Hosmer ve Lemeshow	p= 0,705		p=0,503			p=0,428	

Suriyeli göçmen çocukların ihmal edilme riski birkaç faktöre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. İlk olarak kardeş sayısı önemli bir faktördür. Özellikle 4 ve üzeri çocuğa sahip ailelerde, tek çocuklu ailelere göre çocukların ihmal edilme riski anlamlı şekilde daha yüksektir (OR=1.624, %95 GA: 1.123–2.348, p=0.01). Ayrıca, hanede yaşayan 5 yaş altı çocuk sayısı da ihmal riskini etkileyen bir diğer önemli faktördür. Hanede 3 ve daha fazla 5 yaş altı çocuk bulunan ailelerde, 0-1 tane 5 yaş altı çocuk bulunan hanelerdeki çocuklarla kıyaslandığında, ihmal edilme riski anlamlı derecede daha yüksektir (OR=1.671, %95 GA: 1.120–2.495, p=0.012) (Tablo 16).

Suriyeli göçmen örnekleminde çocuğun yaşı da ihmal riskini belirleyen bir diğer önemli faktördür. Özellikle 7-12 aylık çocukların ihmal edilme riski, 0-6 aylık çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha düşüktür (OR=0.417, %95 GA: 0.279–0.624, p<0.001). Benzer şekilde 13-24 aylık çocukların da ihmal edilme riski daha düşüktür (OR=0.586, %95 GA: 0.413–0.833, p=0.003). Öte yandan 25-36 aylık çocukların ihmal edilme riski, 0-6 aylık çocuklarla kıyaslandığında daha yüksektir (OR=1.755, %95 GA: 1.113–2.769, p=0.016) (Tablo 16).

Suriyeli göçmen örnekleminde anne eğitim düzeyi de ihmal riski üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Annesi eğitimsiz ya da ilköğretim terk olan çocuklar, lise ve üzeri eğitilmiş annelerin çocuklarına göre anlamlı şekilde daha fazla ihmal

edilmektedir. Annesi eğitimsiz olan çocukların ihmal edilme riski (OR=3.005, %95 GA: 1.508–5.988, p=0.002) ve ilkokul mezunu annelerin çocukları (OR=2.63, %95 GA: 1.499–4.617, p=0.001) daha fazla risk altındadır. Ayrıca ortaokul mezunu annelerin çocukları için de ihmal riski anlamlı şekilde artmıştır (OR=1.694, %95 GA: 1.003–2.863, p=0.049) (Tablo 16).

Suriyeli göçmen örnekleminde baba eğitim durumu da önemli bir faktördür. Babasının eğitimi düşük olan çocukların ihmal edilme riski, babası lise ve üzeri eğitilmiş olan çocuklara göre daha fazladır. Özellikle eğitimi olmayan veya ilkokul terk babaların çocuklarında (OR=2.120, %95 GA: 1.102–4.079, p=0.024) daha yüksek bir ihmal riski gözlenmiştir (Tablo 16).

Sonuç olarak Suriyeli göçmen çocukların ihmal edilme riski; çocukların yaş grubu, kardeş sayısı, hanedeki 5 yaş altı çocuk sayısı ve anne-baba eğitim düzeyi gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bu faktörlerin her biri ihmal riskini anlamlı derecede artırmaktadır (Tablo 16).

Tablo 17. Erken Çocukluk Gelişimi Puanı ile İhmal Arasındaki İlişki

Gruplar	N	Türk Çocuklar		p	Suriyeli Göçmen Çocuklar		p
		Ortalama Sıra Sıra (Mean Rank)	Toplamı (Sum of Ranks)		N	Ortalama Sıra Sıra (Mean Rank)	Toplamı (Sum of Ranks)
İhmal Puanı 0,1 ve 2 Olan Çocuklar	534	379,06	202419.5	<0,001	47	110,44	5190,5
İhmal Puanı 3 ve Üzeri Olan Çocuklar	167	261,07	43631.5		156	99,46	15515,5
Toplam	701				203		

*Mann Whitney U Testi

Türk çocukların sonuçları incelendiğinde ihmal puanı 0,1 ve 2 olan çocukların Erken Çocukluk Gelişimi Toplam Puanı sıralaması ortalaması, ihmal puanı 3 ve üzeri olan çocuklardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (379,06 vs. 261,07, p<0,001). Bu durum Türk çocuklarında, ihmal puanı yüksek olanların gelişim puanlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 17).

Ancak Suriye örneklemindeki sonuçlar farklıdır. İhmal puanı 0,1 ve 2 olan çocukların sıralama ortalaması 110,44, İhmal puanı 3 ve üzeri olan çocukların

sıralama ortalaması ise 99,46 olarak bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0,254$). Suriyeli göçmen çocuklar arasında ihmal durumu ile gelişim puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 17).

Sonuç olarak; Türk çocuklarda, ihmalin, erken çocuk gelişimi üzerindeki etkisi anlamlı iken, Suriyeli göçmen çocuklar için böyle bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 17).

5. TARTIŞMA

ABD’de 2008 yılında toplamda 772,000 çocuğun kötü muamele maruziyeti tespit edildiği, bunların %71’inin ihmal mağduru iken, fiziksel istismar oranının %16, cinsel istismar oranının %9 olduğu bildirilmiştir (117). Ayrıca kötü muamele nedeniyle meydana gelen yaklaşık 1740 çocuk ölümünün %32’si ihmal, %23 fiziksel istismar kökenli olduğu görülmektedir (117). Benzer oranlar daha ileri yıllarda yapılan araştırmalarda da görülmektedir (34). Çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışan araştırmacılar, her ne kadar fiziksel istismar, cinsel istismar gibi kötü muamele türleri medyada daha fazla yer bulmakta ve toplumda daha büyük infial yaratmaktaysa da kötü muamelenin en sık görülen türünün çocuk ihmali olduğunu, çocuk ihmalinin evrensel bir problem olduğunu vurgulamaktadır (22,118).

Ülkemizde yaşayan Suriyeli ve Türk çocuklarda kötü muamelenin bir biçimi olan ihmal maruziyetini, ihmalin türlerini ve yaygınlığını dolaylı olarak belirleyebilmek; bu duruma etken faktörleri saptayabilmek, sosyodemografik farklılıklar ile çocuk ihmali arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından yürütülen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) serisinin yayınlanmış sonuncu araştırması olan 2018 TNSA verileri kullanılmıştır. Ülkemizde ikamet eden Suriyeli göçmen örneklemin de ilk defa dahil edildiği 2018 TNSA çalışması, 15-49 yaş aralığındaki 7346 Türk ve 2216 Suriyeli kadın katılımcı ile görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Bu örneklemdeki son çocuğu 0-5 yaş aralığında olan kadınlar dahil edilerek çocukları hakkında verdikleri bilgiler araştırmamızın temelini oluşturmuştur.

Kadın katılımcıların yanıtlarıyla toplanan verilerden oluşmaktaysa da çocuk sağlığı, erken çocuk gelişimi vb. pek çok konuda ülke genelinde temsil gücü bulunan TNSA serisi, ileri analizler için kapsamlı ve değerli bir kaynak teşkil etmektedir. Ülkemizde de farklı alanlardaki araştırmalarda TNSA verilerinden yararlanılmıştır. Örneğin; Karakter ve arkadaşları tarafından okul öncesi çocuklarda fazla kiloluluk ve obezite konusu ileri analizler yapılarak incelenmiştir (90).

Ülke genelini temsil eden örneklem ile veri toplama ve yayınlamanın yanı sıra, HÜNEE tarafından, bu verilerin ileri analizleri yapılarak ile çeşitli konularda rapor ve yayınlar üretilmektedir (119).

Nüfus Sağlık Araştırmaları (NSA), farklı ülkelerde de kullanılan standart yöntemler ile yapılmakta olup elde edilen veriler çocuk ihmal ve istismarı kapsamında incelenmektedir. Antai ve arkadaşlarının, 2005 yılı Mısır NSA verileri ile çocuğa kötü muamele türlerinin sosyal belirteçlerini inceledikleri araştırma bu tip çalışmalara örnek gösterilebilir (120). Bu açıdan bakıldığında, Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (NSA) bir diğer önemli yanı olarak bu araştırmaların yapıldığı diğer ülke örneklemeleri ile de kıyaslanabilir nitelikte standart veriler elde edilmesi olduğu söylenebilir. Nitekim, Sahra Altı Afrika bölgesinden 7 ülkenin 2013-2020 yılları arası en güncel NSA verileri kullanılarak, bu ülkelerde yaşayan çocukların istismar maruziyetlerinin yaygınlığının ve sosyal belirleyicilerini inceleyen ileri analiz çalışması yapılmıştır (121).

Ülkemizde, çocuk ihmalini çeşitli yönlerden ve sıklıkla istismar ile birlikte ele alan ancak genellikle küçük örneklemelerle yapılmış nicel veya nitel pek çok araştırma mevcuttur. Bu çalışmalara örnek olarak Sofuoğlu ve arkadaşları tarafından çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin yaygınlık ve türlerinin incelendiği 2014 yılında yayınlanmış olan araştırma gösterilebilir. Bu çalışma nispeten büyük sayıda örneklem ile (7540 çocuk) yapılmış olmakla birlikte örneklem grubunun 3 ilimizden (Denizli, Zonguldak, İzmir) seçilmiş olması, ilgili çalışmanın kısıtlılıklarında belirtildiği gibi, ülke geneli durumu yansıtmaya açısından yetersiz kalabilmektedir (38). Bununla birlikte, ülkemizde TNSA verileri gibi ülke genelini temsil eden büyük çaplı bir örneklem ile yapılan araştırmalara pek rastlanmamaktadır.

5.1.Çocukların Maruz Kaldıkları İhmal Türleri

Çocukların ihmal maruziyetleri, 2018 TNSA soru kağıdında ayrı bir modül ile incelenmemiş olmakla birlikte soruların bir kısmı doğrudan çeşitli türlerden çocuk ihmalini yansıtmakta bir kısmı da ihmal ile ilişkilendirilebilecek nitelik taşımaktadır. Çalışmamızda, çocukların ihmal maruziyetleri bu sorular üzerinden incelenmiştir.

5.1.1. Çocuk İhmali Oranları

Gürcistan'da çocuk ihmal ve istismarının araştırıldığı ülke temsiliyeti olan 1050 çocuk ile UNICEF çatısı altında yapılan çalışmada ihmal prevalansı %24,8 olarak belirlenmiştir (122). DSÖ'nün çocuğa kötü muamele hakkındaki 2022 raporunda baz aldığı ve Stoltenborgh ve arkadaşları tarafından yapılmış meta-analiz çalışmasında yaklaşık 60.000 çocuktan %15'inden fazlasında ihmal maruziyeti olduğu belirtilmektedir (15,19). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005-2006 yıllarında ülke genelinde ihmal ve/veya istismar mağduriyeti tespit edilen yaklaşık 1,25 milyon çocuğun %61'inin sadece ihmal mağduru olduğu; 2022 yılında ise 52 eyalette yaklaşık 560.000 (tüm çocukların %0,77'si) mağdur çocuğun %74,3'ünün ihmal mağduru olduğu belirtilmektedir (34,35). Ülkemizde, UNICEF iş birliği ile 2008 yılında toplanan veriler üzerinden çocuk istismarı ve aile içi şiddetin araştırıldığı çalışmada çocukların %25'inin ihmale maruz kaldığı saptanmıştır (37). Sofuoğlu ve arkadaşlarının 2013 yılında 3 ilimizden 11,13 ve 16 yaşlarındaki 7540 çocuğun istismar ve ihmal maruziyetlerini araştırdıkları çalışmada ise ihmal prevalansı %42,6 olarak saptanmıştır (38). Nikolaidis ve arkadaşları, ülkemizin de dahil edildiği 9 Balkan ülkesindeki 11, 13 ve 16 yaşlarındaki çocukların şiddet maruziyetlerini inceledikleri çalışmada Türk çocuklarında ihmal prevalansının %42,6 olarak saptamışlardır (119). Aynı çalışmada ihmal prevalansı Yunanistan için %37,2, Bulgaristan için %21,8 olarak saptanmıştır (123). Bizim çalışmamızda, Hipotez B'de tanımlanan H1 hipotezi doğrulanmış ve Türkiye'de yaşayan çocuklarda, türünden bağımsız olarak, ihmal maruziyet sıklıkları Türk çocuklarda %29,7 ve Suriyeli göçmen çocuklarda %66,1 olarak tespit edilmiştir. (Tablo 8). Türk çocuklarda tespit ettiğimiz ihmal sıklığı UNICEF iş birliği ile ülke geneli örnekleme tespit edilen ihmal sıklığı ile (%25) benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte, ülkemizde yaşayan Suriyeli göçmen çocuklarda ihmal maruziyeti, Türk çocuklara göre oldukça yüksek oranlarda saptanmış olup bu farklılığın, literatürle uyumlu

olarak, göçmenlik ve beraberinde getirdiği yaşamsal koşulların etkisinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çocuğun gelişiminde ihtiyacı olan duygusal desteğin sunulmaması, çocukla kabul edilir seviyede duygusal etkileşiminin olmaması duygusal ihmal olarak tanımlanabilmektedir (113). ABD ulusal çocuk istismar ve ihmali insidans araştırmasında ülke genelinde ihmal mağduru yaklaşık 772.000 çocuğun %25'inde duygusal ihmal tespit edildiği bildirilmiştir (35). Stoltenborgh ve arkadaşları yaptıkları meta-analiz çalışmasında (global) çocuklarda duygusal ihmalin incelenen tüm araştırmalardaki kombine prevalansının %18,4 olduğunu belirtmektedir (19). Ülkemizdeki çocuk istismarının araştırıldığı ve UNICEF iş birliği ile yapılan çalışmada, her ne kadar duygusal ihmal alt türü olarak oran belirtilmemiş olsa da niteliği itibari ile duygusal ihmali sorgulayan tek soruya göre duygusal ihmal oranı %9 olduğu görülmektedir (37). Bizim çalışmamızın temelini teşkil eden 2018 TNSA soru kağıdında, doğrudan duygusal ihmali işaret eden ve literatürle uyumlu soruların bulunmaması nedeniyle doğrudan duygusal ihmal maruziyeti incelenememiştir. Bununla birlikte, duygusal ihmalin tespiti en zor ihmal türü olduğu ve diğer tüm ihmal ve istismar türleri ile birlikte görülebileceği vurgulanmaktadır (2,21,100). Çocuğun bilişsel ve entelektüel kapasitesinde ciddi olumsuz sonuçlara neden olduğu vurgulanan duygusal ihmalin bazı araştırmalar ve kaynaklarda da duygusal istismar ile birlikte ele alındığı görülmektedir (100). Bu durumun, duygusal ihmal maruziyet oranları hakkında bilgi eksikliğine, problemin boyutunun tespit edilememesine ve dolayısıyla çözümler üretilmesinde aksaklıklara neden olduğu kanaatindeyiz.

Eğitim ihmali, araştırmacılar tarafından saptanması en kolay ihmal türlerinden biri olarak tanımlanmakta, buna sebep olarak da yasal prosedürlere göre eğitimin takibinin görece daha kolay yapılabilir olması gösterilmektedir (2). ABD'nin NIS-4 çalışmasında ihmal mağduru çocukların %47'sinde eğitim ihmali tespit edildiği belirtilmektedir (35). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Türkiye'de çocuk istismarı ve Aile içi şiddet araştırması 2010 yılı raporuna göre, çocukların yaklaşık %4'ünün okula katılımlarıyla ilgili ihmalkâr durumlara maruz kaldığı belirtilmektedir (37). Türkiye Çocuk Araştırması 2022 yılı raporunda ülkemiz genelinde 6-17 yaş çocukların %1,2'sinin ekonomik nedenler veya ailesinin izin vermemesi nedeniyle okula gitmediği; 2-5 yaş arasındaki çocuklardan %52'sinde

öğrenim materyali yetersizliği, aynı yaş grubu çocuklardan %4,2'sinin ebeveyni ile son 3 günde öğrenmeyi destekleyen hiçbir aktivite yapmamış olduğu saptanmıştır (124). Eğitim ihmali sıklıkla çocuğun okula gönderilmemesi veya okul takibinin yeterli düzeyde yapılmamasıyla sınırlıymış gibi algılansa da çocuğun yaşına uygun şekilde öğrenmesinin desteklenmemesi, eğitimi destekleyici kitap vb. materyallerinin ve aktivitelerin sağlanmaması da eğitim ihmali kapsamındadır (27,97). Bizim çalışmamızda da eğitim ihmali yaşlarına göre öğrenmeyi destekleyici materyal ve aktiviteler kapsamında ele alınmıştır. Buna göre, 2018 TNSA araştırması verilerine göre Türkiye'de yaşayan Türk çocuklarda eğitim ihmali %58,8 ve Suriyeli göçmen çocuklarda %91 sıklıkta olduğu saptanmıştır (Tablo 7 ve Tablo 8). Bulgularımız, ayrıca, Hipotez A'da tanımlanan H1 hipotezimizin reddedildiği yani fiziksel ihmalin ülkemizdeki çocuklarda görülen en sık ihmal türü olmadığı; çocukların en fazla maruz kaldıkları ihmal türünün eğitim ihmali olduğunu görülmüştür (Tablo 8). Bu bulgular, Türkiye'de yaşayan toplumda çocuğun eğitimine okul öncesi dönemde yeterli ilginin gösterilmediğini düşündürmektedir. Gerçekten de TÜİK ve UNICEF iş birliğinde yapılan araştırmada da 6 yaş ve küçük çocuklarda okul öncesi katılma oranının %26,8 saptandığı bildirilmiştir (124). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi dikkate alındığında, Suriyeli göçmen çocuklarda saptanan yüksek eğitim ihmalinin nedeni göçmenliğin sonucu olarak (gelir getirici işte çalışmaya yönelmek gibi) eğitim ihtiyacının karşılanmasına yönelik çaba ve ilginin gerilere düşmesi olabilir. Ayrıca, fiziksel ihmal için kullandığımız değişkenler dikkate alındığında, en sık görülen ihmal türü olmamasında Sağlık Bakanlığı'nın emzirme ve anne sütü hususlarında yaptığı çalışmaların etken olabileceği düşünülmüştür (109).

5.1.2. Fiziksel İhmal Oranları

Çocukların yeterli ve uygun beslenmesi, barınması, giyimi, hijyeni, tehlikelere karşı gözetilmesi vb. temel ihtiyaçlarının sürekli olarak karşılanmaması fiziksel ihmal olarak tanımlanmaktadır (2,27). ABD'nin NIS-4 çalışmasında ihmal mağduru çocukların %38'inde fiziksel ihmal tespit edildiği belirtilmektedir (35). Stoltenborgh ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre dünya genelinde yapılan çalışmalarda çocuklarda fiziksel ihmalin kombine prevalansı %16 olarak saptanmıştır (19). Birleşik Krallıkta 5 yaş altındaki çocukların %5'inde ihmal

kaynaklı gelişim geriliği saptandığı belirtilmektedir (100). UNICEF iş birliği ile ülkemizde yapılan 2010 yılı çocuk istismarı araştırmasında 7-18 yaş çocukların %3'ünün beslenme, %8'inin giyim, %13'ünün ise yalnız bırakılma (gözetim) şeklinde fiziksel ihmal maruziyeti saptandığı görülmektedir (37). Türkiye Çocuk Araştırmaları 2022 raporunda 0-6 yaş çocuklardan yetersiz gözetim şeklinde fiziksel ihmale maruz kalanların oranı %8,8 olarak saptandığı görülmektedir (124). Yaşa göre uygun ve yeterli beslenmeme şeklinde fiziksel ihmal olarak ele alındığında; DSÖ 2023 yılı raporlarında yenidoğan grubunda ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranının yalnızca %44 olduğu, pek çok ülkede 6-23 aylık bebeklerin %75'ten fazlasının uygun takviye gıda almadıkları bildirilmiştir (125). Çalışmamızda TNSA 2018 verilerinden anne sütü alımı, yetersiz gözetim durumları fiziksel ihmal kapsamında analiz edilmiştir (Tablo 1). Tüm değişkenler üzerinden fiziksel ihmal maruziyeti incelendiğinde Türk çocuklarda fiziksel ihmal maruziyet oranı %53,3 iken Suriyeli göçmen çocuklarda %47,5 saptanmıştır (Tablo 8). Bu bulgulara göre fiziksel ihmal maruziyeti Türk çocuklarda daha fazla görülen bir türdür. Bununla birlikte, fiziksel ihmal teşkil eden unsurlar tek tek ele alındığında emzirme süresi 6 aydan az olan çocukların oranı Suriyeli göçmenlerde yüksek iken, ilk 3 gün sadece anne sütü ile beslenme, normal VKİ'ne sahip olma durumları Türk çocuklarda yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

5.1.3. Tıbbi İhmal Oranları

Çocuğun sağlığı ve gelişimi için gerekli olan tıbbi bakımın sağlanmaması, geciktirilmesi veya önerilen tedavinin uygulanmaması tıbbi ihmal olarak tanımlanmaktadır (22). Bazı yazarların tıbbi ihmal diyebilmek için, ilgili tıbbi desteğin çocuğun temel sağlık ihtiyaçlarından olması, eksikliğinin çocukta ciddi zararlara neden olması, faydasının kesin olması gerektiğini savundukları görülmektedir (126). Literatürde kayıtlı çalışmalarda, kötü muamelenin herhangi bir tipine maruz kalan bireylerde, hiçbirine maruziyeti olmayanlara göre, diğer türlere maruziyet ihtimallerinin 2 ila 18 kat daha fazla olduğunu belirtmektedir (127). ABD'de 2008 yılı kötü muamele mağduru çocuklardan %2,2'sinde tıbbi ihmal saptandığı belirtilmektedir (117). Türkiye Çocuk İstismarı 2010 yılı araştırmasında hastalığı veya yaralanmasına ilgi gösterilmediğini bildiren çocukların oranı %3 olarak saptanmıştır (37). Benzer şekilde, 2022 yılında yapılan Türkiye Çocuk

Araştırmaları raporunda, son iki haftada tedavi alması gerektiği düşünülmesine rağmen tıbbi bakım sunulmayan çocukların oranının yaklaşık %6 olduğu görülmektedir (124). Çalışmamızda, 0-5 yaş arası çocuklarda doğum öncesi, esnası ve sonrasına ait tıbbi ihmal ile ilişkili durumlara maruziyet oranı Türk çocuklarda %21, Suriyeli göçmen çocuklarda %61 bulunmuştur (Tablo 9 ve Tablo 11). Suriyeli göçmen örneklemede saptanan oranının yüksek olmasında, tıbbi ihmalin tespiti için kullandığımız değişkenler açısından ülkeler arası sağlık sistemlerindeki farklılık, göçmen olmanın getirdiği çeşitli zorluklar, kültürel farklılıklar, güvensiz hissetme vb. durumların etken olabileceği düşünülmüştür.

5.1.4. Sosyal Destek İhmali Oranları

Çağdaş hukuk sisteminde, vatandaşların “pozitif statü hakları” olarak tanımlanan çeşitli hakları bulunmakta olup bu haklar; devlete yani idareye, vatandaşa karşı çeşitli konularda görev yüklemektedir (128). Buna göre devletin, vatandaşların yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmelerine yönelik temel ihtiyaçlarını karşılamak üzere çeşitli hizmetler sunmakla da yükümlü olduğu kabul edilmektedir (128,129). Anayasamızın 56.maddesinde devletin sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması hususunda ödevleri olduğu kayıtlıdır. Bu kapsamda, çocukların sağlık, beslenme, eğitim, barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasına ve çocuğun korunmasına yönelik hizmetlerde yetersizlik olması “sosyal destek ihmali” olarak tanımlanmakta, standart dışı yaşam alanının çocuk ihmal ve istismarı için belirgin bir faktör olduğu belirtilmektedir (27,34). Ülkemizde de temiz içme ve kullanma suyu temini ve kanalizasyon/atıksu hizmetleri idare tarafından sunulmakta olup, sağlığın korunmasında yüksek öneme sahiptir (130,131). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) yayınladığı verilerde 2018 yılında belediye sınırlarındaki nüfusun %98,6'sına içme ve kullanma suyu için şebekesi hizmeti sunulduğunu; bu oranın 2022 yılında %98,8 olduğunu belirtmektedir (132,133). Bizim çalışmamızda da temiz suya ulaşım ve tuvalet imkanlarında yetersizlik olması sosyal destek ihmali kapsamında değerlendirilmiştir. Buna göre, sosyal destek ihmaline maruziyet oranı Türk çocuklarda %7,2 iken Suriyeli göçmen çocuklarda %4,3 saptanmıştır (Tablo 7). Her ne kadar ilk bakışta Suriyeli göçmen çocuklardaki oranın düşük olması şaşırtıcı gelse de bu farklılığın çocukların yerleşim yerlerinin kent veya kamp alanları olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, ülkemizin pek çok ülkeye göre

daha insani olan göçmen politikasının da olumlu etkisinin su götürmez gerçek olduğu kanaatindeyiz.

5.2.Çocukların İhmal Maruziyeti ile İlişkili Faktörler

Literatürde çocukların kötü muameleye maruziyetlerinde; hanehalkı özellikleri, sosyodemografik özellikler, yaşanan bölge, çocukla ilgili çeşitli faktörlerin (yaş, cinsiyet vb.) önemli birer etken oldukları belirtilmektedir (2,121). Çalışmamızda, çocukların ihmale maruziyetleri ile hanehalkı özellikleri, sosyodemografik özellikler ve çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki incelenmiş olup çocuğun ihmale maruziyetini en çok artıran değişken Türk çocuklarda refah seviyesi iken Suriyeli göçmen çocuklarda anne eğitimi olarak saptanmıştır (Tablo 15 ve Tablo 16).

Sahra Altı Afrika bölgesindeki 7 farklı ülkenin NSA verileri üzerinden çocukların bağırma, vurma, tokat atma gibi fiziksel istismar maruziyetleri ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada kırsal bölgede yaşayan çocuklarda bağırma ve vurma gibi durumlara maruziyetin, kentsel bölgede yaşayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (121). Çalışmada, bu farklılığa; kırsal bölgede yaşamının yetişkinlerde trafik, yoğun çalışma gibi stresörlerin daha az olmasına, sosyal ve ailevi bağların daha güçlü olmasına katkı sağladığı, dolayısıyla bireylerin birbirlerine olan tahammül düzeylerinin de görece yüksek olduğu ve böylece çocuk istismarının daha az görülmesini sağlamış olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmanın aksine, ABD’de yapılan ulusal düzeyde çocuk istismar ve ihmali insidans çalışmasında kırsal bölgede yaşayan çocukların, kentsel bölgede yaşayanlara göre ihmal ve istismar maruziyeti açısından 2 kat daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır (35). Raporda farklılığın sebebinin belirsiz olduğu; kırsal bölgelerde çocuk istismarının daha kolay tespit edilmesi ya da gerçek istismar oranlarının kırsalda daha yüksek olmasına bağlı olabileceği gibi sosyoekonomik durum ve aile büyüklüğü gibi faktörlerin bu farklılıklara etkisi bulunabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, Sofuoğlu ve arkadaşlarının 7540 çocukla yaptıkları çalışmada yerleşim yerinin ihmal maruziyetine anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (38). TÜİK, 2018 yılında ülkemiz nüfusunun %92,3’ünün kentlerde yaşadığını bildirmiştir (134). Çalışmamızda kırsal alanda yaşamının Türk çocuklarda ihmal maruziyeti açısından

anlamli bir etkiye sahip olduğu, Suriyeli göçmen çocuklarda anlamli bir etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 12). Kırsal alandaki yaşam şartlarının çocuklara ayrılan vaktin az olmasına, çocukların kentte yaşayan çocuklara oranla ailenin günlük işlerine daha çok dahil olmasına, idarenin sağladığı imkanların kırsal alanda daha kısıtlı olması vb. faktörlere bağlı olabileceği düşünölmüştür. Suriyeli örneklemin kent ve kampta yaşayan göçmenlerden müteşekkil olması, kamp alanlarının kırsal yaşam niteliğinde olmadığı kanaatindeyiz.

Refah düzeyinin çocuk ihmalini etkileyen önemli bir faktör olduğu araştırmalarda sıkça vurgulanmaktadır (43,45). 2010 yılında yayınlanan raporda ABD’de düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında ihmal maruziyetinin 7 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (35). Antai ve arkadaşları, Mısır 2005 TNSA verileri ile yaptıkları araştırmada; çocuğa tokat atma davranışının refah düzeyi düşük olan kadınlarda daha yüksek olduğunu, refah düzeyi arttıkça bu davranışa eğilimin azaldığını saptamışlardır (120). Bu çalışmalarda, düşük refah düzeyinin, ebeveynlerin geçim sağlama endişesi ile işe daha fazla vakit ayırmalarına veya çocuğun eğitim ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında zorluğa neden olabileği belirtilmektedir. Ayrıca, refah-gelir düzeyi düşük ailelerde çocukların çalışmaya zorlanabildikleri de belirtilmektedir (135). Ülkemizde de çocuk istismarı üzerine yapılan araştırmada çocukların yaşadıkları ihmal maruziyeti için failin parasal sorununu sebep olarak gösterdikleri belirtilmektedir (37). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde, düşük refah düzeyinin Türk çocuklarda ihmal maruziyetini 8 kat artırdığı saptanmıştır (Tablo 15). Dolayısıyla, Hipotez C’de tanımlanan H1 hipotezimizin doğrulandığı görölmüştür. Suriyeli örneklem için refah düzeyi hakkında veri elde edilemediği için etki düzeyi saptanamamıştır.

Günümüzde toplumsal, siyasi, ekonomik vb. pek çok nedene bağlı olarak gerçekteşebilen göç olgusu bireylerin yaşamında derin etkilere neden olabilmektedir. Uluslararası hukuk kuralları, bireylerin zorunlu göç etme durumlarını ele alarak “mülteci” statüsünü tanımlamış ve temel haklarına yönelik çeşitli düzenlemeler önermiştir (136). Ülkemizin de taraf olduğu 1951 Cenevre Sözleşmesi Md. 1/A-2 mülteci kavramını “ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleeri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından

yararlanamayan, ya da söz konusu korku ile yararlanmak istemeyen kişi” olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası toplum mülteciliği çocuklar açısından ayrıca ele alarak Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 22.maddesinde bu konuya değinmiştir (12). Gelişim sürecinde olmaları, ebeveynlerine bağımlı olmaları nedeniyle göçten en çok etkilenenlerin başında çocukların geldiği belirtilmektedir (137,138). Göç süreci ve sonucunda, ebeveynlerin çocuklara yeterli ilgiyi sunamaması ve sosyoekonomik yetersizliklerin, çocukların sağlıklı büyüme ve gelişim için gerekli imkânlardan mahrum kalmalarına yol açtığı; hastalık ve kazalardan korunamama, çocuğa yönelik ihmal, istismar ve şiddet gibi çeşitli çocuk sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmektedir (137). Shick ve arkadaşları, İsviçre geneli temsiliyeti olan yaklaşık 6800 çocuktan müteşekkil örneklem ile yapılan araştırmada çocuk ihmalinin, göçmen gruplarda yerli gruplara kıyasla genel olarak daha yüksek oranda karşılaşıldığını saptamışlardır (48). Göçmen gruplarda çocuk ihmalinin daha fazla saptanmasında, ebeveynlerin daha düşük eğitim seviyesinde ve gelir düzeylerinin daha düşük olduğu da saptanan bulgulardandır. Göçmen ailelerde çocuk ihmal ve istismarının daha sık olduğunu gösteren bir başka çalışmada, göçmen ailelerde ebeveyn eğitim düzeyinin artırılması ile çocuk ihmal ve istismarının azaldığı belirtilmektedir (139). Çalışmamızda, türünden bağımsız olarak ele alındığında; Suriyeli göçmen çocuklarda ihmal maruziyet oranı (%66,1), Türk çocuklardan (%29,7) yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Bulgular literatürle uyumlu olup, göçmen gruplarda varlığı bildirilen dezavantajların bir sonucu olabileceği düşünülmüştür (137).

Okul çağı öncesi dönemdeki çocukların kötü muamele (istismar) açısından daha çok risk altında oldukları belirtilmektedir (129). ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın yayınladığı yıllık çocuğa kötü muamele raporlarına göre 2018 yılında mağdur çocukların dörtte birden fazlası 3 yaşın altındadır (33). Paralel olarak, UNICEF tarafından çocuğa yönelik şiddet araştırmalarında 0-4 yaş aralığındaki çocukların tek grupta incelenmesi önerilmektedir (140). Bu bilgiler ışığında, çalışmamızda 0-5 yaş aralığında olan çocuklar hakkındaki veriler analiz edilmiştir. Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak, daha küçük yaşta olmanın ihmal maruziyetini artırdığı gözlenmiştir. Bununla birlikte riskin en çok olduğu yaş aralığı her iki örnekleme farklılık göstermiştir. Bulgularımıza göre, Türk çocuk

örnekleminde en riskli yaş 0-6 ay aralığı iken (Tablo 15) Suriyeli göçmen çocuklarda en riskli yaş aralığı 25-36 ay olarak tespit edilmiştir (Tablo 16). Suriyeli göçmen çocuklarda en sık görülen ihmal türü olan eğitim ihmalinin 2-5 yaş arası çocuklarda değerlendirilmiş olması bu duruma etki etmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, Suriyeli örneklemimizde özellikle hanede yaşayan 5 yaş altındaki çocuk sayısı açısından, Türk örneklemimize göre daha yüksek orana sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4). Bu durum, Suriyeli ebeveynlerin daha küçük yaşta olan çocuğa daha fazla vakit ayırmak zorunda kalmalarına, dolayısıyla diğer çocukların daha fazla ihmale maruz kalmalarına neden olmuş olabilir. Bu kanımızı, Suriyeli göçmen çocuklarda 5 yaşın altındaki kardeş sayısının ihmal maruziyetini 1,6 kat artırıyor olması (Tablo 16) desteklemektedir.

Çocuğun cinsiyetinin ihmal maruziyetine etkisinde farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin; İsviçre’de yapılan araştırmada çocuğun cinsiyetinin kız olması, ihmal dahil tüm çocuğa kötü muamele türleri için risk faktörü olarak saptanmıştır (48). Benzer şekilde hem Gürcistan’da yapılan çalışmada hem de ülkemizde Sofuoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, ihmal maruziyeti ile kız/kadın cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (38,122). Bununla birlikte, ABD Çocuğa Kötü Muamele 2018 raporuna göre erkek/kız cinsiyet mağdurların oranı yaklaşık aynı olduğu (%48,5/%51,2) belirtilmektedir (33). Moody ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında ise ihmal oranları Kuzey Amerika’da kız çocukları için %40,5, erkek çocukları için %16,6 olarak kaydedilirken, Asya’da bu oranlar birbirine oldukça yakın olduğu (kızlar: %26,3, erkekler: %23,8) belirtilmektedir (32). Bizim çalışmamızda, çocuk ihmali ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 14).

Planlanmamış gebelikler sonucu dünyaya gelen çocukların kötü muamele maruziyet riski taşıdığı belirtilmekle birlikte, ihmal üzerine farklı bulguların saptandığı araştırmalar da mevcuttur (46,100). Guterman, ilgili araştırması sonucunda anne tarafından istenmeyen gebeliğin çocuk için ihmal riski taşıdığını vurgulamıştır (141). Bununla birlikte; Zuravin, çocuk koruma sistemine kayıtlı 198 kadın ile yaptığı araştırmada, planlanmamış gebeliğin çocuk istismarı riskini artırdığını fakat çocuk ihmali riskine etkisi olmadığını belirtmiştir (142). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde, örneklem arası farklı sonuçlar elde

edilmiştir. Bulgularımıza göre; planlanmamış gebelik, Türk çocukların ihmal maruziyetinde anlamlı bir etkiye sahipken, Suriyeli göçmen çocuklarda anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir (Tablo 15).

Çocuklara yönelik kötü muamele üzerine yapılan araştırmalar uygulayıcıların başında aile/ebeveynlerin geldiğini göstermektedir (2,33,47). ABD’de ülke temsiliyeti olan örneklem ile yapılan araştırmada ihmal maruziyeti tespit edilen çocukların %92’sinde uygulayıcının ebeveyni olduğu belirtilmektedir (33). Araştırmalarda ihmalin failinin sıklıkla anne olarak saptanmış olması ilgi çekicidir (2,33,34,48). Bu durumun sebebinin annelerinde sıklıkla primer bakım veren olduğu ve çocuğun bakımı ile ilgili herhangi bir olumsuzlukta sıklıkla ilk sırada sorumlu tutulanlar olmalarının etken olabileceği belirtilmektedir (2). Benzer şekilde, ABD’nin 2018 ve 2022 yıllarına ait raporlarda da kötü muamele failinin en sık ebeveynler olduğu, fail yaşının en sık 18-44 (2022’de 25-44) aralığında olduğu ve failerin yarısından fazlasının kadın olduğu belirtilmektedir (33,34). Benzer şekilde yine ABD merkezli başka bir çalışmada 26 ve üzeri yaşlardaki bakım verenlerin çocuğa yönelik kötü muamelede daha fazla rol oynadığı belirtilmektedir (35). Her ne kadar çocuğa kötü muamelenin en sık ebeveynler tarafından uygulandığı belirtilmekteyse de ülkemizde yapılan araştırmalarda en az çalışılan grubun da aileler olduğuna dikkat çekilmektedir (143). Bu yönüyle ele alındığında, çalışmamızın 2018 TNSA’da 15-49 yaş arası 5 yaşından küçük çocuğu olan kadınlardan alınan bilgiler kullanılarak doğrudan aile verileri ile yapılmış olması önem taşıdığı kanaatindeyiz. Çalışmamızda, literatürle uyumlu şekilde, her iki örneklemde de anne yaşı ile çocuk ihmali arasında anlamlı bir ilişki olduğu; Türk çocuklarda annenin 19-35 yaş aralığında olmasının ihmali 1,3 kat artırdığı, Suriyeli göçmen örnekleminde ise anne yaşının 15-18 arasında olmasının çocuk ihmal oranını yaklaşık 2 kat artırdığı saptanmıştır (Tablo 15 ve Tablo 16).

Ebeveyn eğitim durumunun çocuk ihmali üzerine etkisi literatürde sıklıkla belirtilen bir diğer faktördür (120). Schick ve arkadaşları, ebeveyn eğitim seviyesinin düşük olmasının çocukta ihmal mağduriyeti riskini artırdığını belirtmişlerdir (48). Çalışma çıktılarına göre, düşük eğitim seviyesi ihmal maruziyetini 1,4 kat artıran bir faktör olarak saptanmıştır. Ayrıca, çocuğa kötü muamele faillerinin sıklıkla çalışmayan-işsiz bireyler olduğu, işsizliğin eğitim düzeyi düşük ailelerde daha

yaygın olduğu vurgulanmaktadır (138). TÜİK verileri de yoksulluk oranının düşük eğitim düzeyindeki bireylerde daha fazla olduğunu, eğitim düzeyine göre en yüksek yoksulluk oranının bir okul bitirmeyenlerde görüldüğünü yansıtmaktadır (144). Çalışmamızda, her iki örneklem grubumuzda da literatürle uyumlu şekilde, çocuk ihmali ile ebeveyn eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgularımıza göre; ebeveynlerin eğitimsiz olması ihmal maruziyetini Türk çocuklarda anne için 1,8 kat, baba için 4,5 kat artırmaktayken (Tablo 15); Suriyeli göçmen çocuklarda anne için 3 kat, baba için 2 kat artırmaktadır (Tablo 16). Anne eğitim düzeyinin çocuk ihmalinde Suriyeli göçmen örnekleminde daha belirgin olmasında, toplumsal kültürel birikim farklılıkları, göçmen kadınların sosyal hayata katılımlarının olası düşüklüğü, işe gitme vb. durumlarının daha az dolayısıyla çocukla etkileşiminin daha fazla olabileceği gibi faktörlerin etkisi olduğu düşünülmüştür.

Literatürde çocuğa kötü muamele için risk faktörü olarak belirtilen özelliklerden biri de çocuğun kalabalık bir ev/ailede yaşaması, evde yaşayan çocuk sayısının fazla olmasıdır (34,35,43,45). Amerika Birleşik Devletleri'nde en son dördüncüsü yapılan Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal İnsidans Araştırması'nda (NIS-4) hanedeki çocuk sayısı "1,2,3, >4 çocuklu" olmak üzere dört ayrı kategoride ele alınmış olup çocuk ihmali açısından en düşük oranının 2 çocuk olan ailelerde saptandığı, 4 ve daha fazla çocuk bulunan ailelerde 2 çocuklu ailelere göre çocuk ihmali görülme sıklığının 2 kat fazla olduğu belirtilmiştir (35). Benzer şekilde, Antai ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 3 ve daha fazla çocuğun yaşadığı hanelerde çocuk sayısının daha az olduğu hanelere göre her türden istismarın daha fazla/sık olma eğiliminde olduğu saptanmıştır (120). Çalışmamızda, literatürle uyumlu şekilde, 6 ve daha fazla üyeye sahip Türk ailelerde çocuk ihmalinin 1,6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Bununla birlikte, Suriyeli göçmen örnekleminizdeki bulgularımız biraz farklıdır (Tablo 15). Kardeş sayısına değişkeni evdeki çocuk sayısına tekabül etmekte olup; tek çocuk olanların en düşük ihmal oranına sahip olması literatürle uyumludur. Ancak, 4 ve üzerinde çocuk olan grupta, 2 ve 3 çocuk olan gruba göre daha yüksek ihmal oranı beklenmekteyken daha düşük saptanmış olup bu bulgu, literatürdeki kalabalıklık arttıkça ihmalin artacağı bilgisi ile çelişmektedir (35). Bu farklılığın nedeni belirtilen araştırma ile çalışmamızdaki

kardeş sayısı gruplamamızdaki farklılıktan (çalışmamızda 2 ve 3 çocuk olanlar tek grupta toplanmıştır) kaynaklanmış olabileceği, düşünülmüştür. Kalabalık ailelerde ihmal sıklığının daha yüksek saptanması, bu hanelerde ebeveynlerin daha fazla sorumluluğa ve stresöre maruz kalması, eldeki maddi manevi kaynakların daha fazla bireye hizmet etmek zorunda olmasına bağlanmaktadır (2). Ayrıca, ailenin geniş ve kalabalık olmasının, ebeveyn ve çocuk etkileşiminde azalma, çocuğa karşı toleransta azalma, tek bir çocuğa ayrılabilen zaman ve ilgide azalmaya neden olabildiği belirtilmektedir (145). Nitekim, araştırmalarda, yoksul çocuklarda kalabalık aile ortak özellik olarak saptanmış, TÜİK verilerine göre de çocuksuz çekirdek ailelerde yoksulluk oranı en düşük iken kalabalık ailelerde yoksulluk oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (144).

Araştırmalar, ihmalin çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal gelişimi üzerine yıkıcı etkileri bulunduğuna dikkat çekmekte; üstelik bu olumsuz etkinin, üzerinde daha çok durulan fiziksel istismardan daha çok olduğunu vurgulayan yazarlar bulunmaktadır (49,50). TNSA 2018'de çocuğun erken dönem gelişimine yönelik sorulardan oluşan bir modül de kullanılmıştır (112). Buna modülde, katılımcılara 0-5 yaş arası çocuklarının okuyabildiği kelime sayısı, 10'a kadar olan sayıları sayabilmesi ve tanıyabilmesi, küçük bir nesneyi yerden iki parmağıyla alabilmesi, oynayamayacak şiddette hasta olması, söylenenleri yapabilmesi, kendi başına çeşitli işleri yapabilmesi, arkadaşlarıyla geçinebilmesi, insanlara zarar vermesi, dikkat dağınıklığı durumları hakkında sorular yöneltmiştir. Çocuk ihmalinin, dil ve zekâ gelişimi, öğrenme güçlükleri, şiddete yatkınlık sonuçları bilinmektedir (49,56,70). Buradan hareketle, araştırmamızda da çocuk ihmalinin erken çocuk gelişimine etkisi incelenmiştir. Sonuçta, Türk çocuklarda, literatürle uyumlu şekilde, ihmal maruziyeti ile erken çocuk gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 17). Bununla birlikte, Suriyeli göçmen çocuklarda böyle bir durum gözlenmemiştir. Bu farklılığın sebebi, bu analizin Suriyeli göçmen çocuk örnekleminin (203 çocuk) Türk çocuk örneklemine kıyasla (701 çocuk) oldukça az sayıda çocuk ile yapılmış olması olabileceği düşünülmüştür.

İhmal türlerinin incelemesinde daha fazla değişken ile daha güçlü bir bağımlı değişken ortaya koyabilecekken, TNSA veri setlerinde mevcut olan sorular üzerinden analiz yapılması, çalışmamızın kısıtlılığı olarak sayılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk ihmali ve istismarını ölçmek için altın standart kabul edilen bir yöntem bulunmaması, bu alandaki araştırmaları sınırlandırmaktadır. İhmalin tespiti için belirli durumların süreklilik arz etmesi gerektiği görüşü öne çıkmaktadır. Örneğin, kısa süreli kesitsel durumlar (örneğin iki haftalık süreçte tıbbi bakım sağlanmaması) ihmalin doğru bir şekilde değerlendirilmesi için yeterli olmayabilir. Bu nedenle, daha uzun zaman aralıklarını kapsayan, uluslararası düzeyde kıyaslama yapmaya elverişli veri toplama yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Çocuk ihmali, kötü muamele türleri arasında fiziksel ve cinsel istismara göre daha yaygın olmasına rağmen, tespit edilmesi daha zor bir durumdur. Bu nedenle, halk sağlığı izleme yöntemleriyle bu vakaların fark edilmesi güçleşebilir ve ihmal olduğundan daha az görülüyormuş gibi algılanabilir. Çalışmamızda doğrudan ihmali belirten durumların yanı sıra, ihmal ile ilişkilendirilebilecek bulgular da değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün (HÜNEE) düzenli olarak gerçekleştirdiği Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) çocuk ihmali ve istismarına yönelik bir modül eklenmesinin, bu konuda daha kapsamlı veriler elde edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çocukların kötü muameleye maruziyetinin tespitinde okul, hastane ve kolluk kuvvetleri gibi kurumlar kilit bir rol oynamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı protokollerde, özellikle 1. basamak sağlık çalışanlarına yönelik çocuk ihmal ve istismarına dair bilgilendirmeler yer almaktadır. Buna ek olarak, çocukların ve ailelerin değerlendirilmesinde kullanılabilecek kolay uygulanabilir formların geliştirilmesi önerilmektedir. Kontrol listesi niteliğinde düzenlenecek bu formların, risk altındaki çocukların ve olası ihmalkar ebeveynlerin erken tespitini sağlayabilir. Bu süreçte, çocukların sık sağlık kontrolleri ve ev ziyaretleriyle takip edilmesi, ihmalle bağlantılı ağır sonuçların önüne geçilmesine katkı sunabilir.

Çocuk ihmalinin ortaya çıkmasında en belirgin etkenlerin eğitim düzeyi ve refah seviyesi olduğu hem literatürde hem de çalışmamızda saptanmıştır. Eğitim düzeyinin düşüklüğü, sosyoekonomik eşitsizliklere ve dolayısıyla refah seviyesinin azalmasına zemin hazırladığı bilinmektedir. Özellikle olumsuz çocukluk çağı

deneyimlerinden biri olan çocuk ihmalı hem bireyin kendisinde hem de gelecek kuşaklarda suç sirkülasyonunun devamına neden olmaktadır. Bu bağlamda, bireylerin ve toplumların müreffeh bir geleceğe sahip olabilmesi için eğitim, vazgeçilmez bir unsurdur.

Ülkemizde göçmen, sığınmacı ve mülteci statüsünde çok sayıda çocuk bulunmasına rağmen, bu gruptaki kötü muamele maruziyetine ilişkin araştırmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmamızın, Türk ve Suriyeli göçmen çocuklardan oluşan örneklem gruplarıyla yapılmış olması, bu alandaki önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Bununla birlikte, araştırmada çocuk ihmalini ölçmek için standardize bir ölçek kullanılmamış olması çalışmanın kısıtlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Poston B. Maslow's Hierarchy of Needs. Surg Technol. 2009;41(8):347–58.
2. McCoy M.L., Keen S. Child Abuse and Neglect. 3rd ed. Routledge; 2022.
3. Schuck AM, Widom CS. The roles of housing, financial, and food insecurities in understanding the relationship between childhood neglect and violence in adulthood. PLoS One. 2021 Mar;16(3).
4. World Health Organization. Report of the consultation on child abuse. Geneva; 1999.
5. Hamby S. On Defining Violence, and Why It Matters. 2017;
6. Türk Ceza Kanunu [Internet]. 2004 [cited 2025 Jan 7]. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
7. Leeb RT, Paulozzi LJ, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2008.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2009. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg89
9. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. Child Abuse Negl. 2005;29(4):325–34.
10. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 1962;181(1):17–24.
11. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2nd ed. Koç S, Can M, editors. İstanbul Tabip Odası; 2011. 181–191 p.
12. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme [Internet]. Oct 20, 1989. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22184.pdf>
13. Celbiş O, Yaşar İşcan M, editors. Adli Bilimler: Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve Ölüm. Ankara; 2016.
14. Child maltreatment [Internet]. [cited 2024 Oct 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
15. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. World Health Organization; 2022.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Çocuk İhmal ve İstismarı [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ihmal-istismar.html>

17. Mitgang M. Childhood Obesity and State Intervention: An Examination of the Health Risks of Pediatric Obesity and When They Justify State Involvement. *Colum JL & Soc Probs.* 2010;44.
18. McCabe KA. *Child Abuse and The Criminal Justice System.* New York: Peter Lang Publishing, Inc., New York; 2003. 117 p.
19. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Mar;48(3):345–55.
20. APSAC Taskforce. The Investigation and Determination of Suspected Psychological Maltreatment in Children and Adolescents [Internet]. The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC); 2019 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.apsac.org/guidelines>
21. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(13):231.
22. Dubowitz H, Black M. Neglect of children's health. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid T.A., editors. *The APSAC handbook on child maltreatment.* 2nd ed. Sage Publication; 2002. p. 269–92.
23. Aziz MA, Mohammed BQS. Child Neglect inside Families: A Theoretical Study of the Causes and Consequences. *Qalaai Zanist Scientific Journal.* 2024 Mar 30;9(1).
24. İnsan Hakları Derneği. *Çocuk İhmali ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler için Eğitim Kılavuzu.* İnsan Hakları Derneği; 2008.
25. Dubowitz H, Christian CW, Hymel K, Kellogg ND. Forensic medical evaluations of child maltreatment: A proposed research agenda. *Child Abuse Negl.* 2014;38(11):1734–46.
26. Gaudin JM. Child Neglect: A Guide for Intervention [Internet]. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families; 1993 [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/145427NCJRS.pdf>
27. Yıldırım DN, Şen F, Ulukol B, Maral S, Orhan G, Bayar Ö, et al. *Çocuk İhmali ve İstismarı Temel Bilgiler.* 1st ed. Ulukol B, Koçtürk N, editors. Nobel Akademik Yayıncılık; 2022.
28. World Health Organization. WHO statement on menstrual health and rights [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>
29. Butchart Alexander, Hillis Susan. *INSPIRE : Seven Strategies for Ending Violence Against Children.* World Health Organization; 2016. 104 p.

30. Björn T, Doris N. Child neglect - still a neglected problem in the global world: A review. *Journal of Advanced Pediatrics and Child Health*. 2020 Sep 29;3(1):038–46.
31. World Health Organization. *Global Status Report On Preventing Violence Against Children*. Geneva; 2020.
32. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: A systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018 Oct 10;18(1):1–15.
33. Department of Health U, Services Administration for Children H, Administration on Children Youth F, Children F. *Child Maltreatment 2018* [Internet]. 2018. Available from: <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology>
34. *Child Maltreatment 2022* [Internet]. 2022. Available from: <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>.
35. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, Mcpherson K, Green A, et al. *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, Executive Summary*. Washington DC; 2010.
36. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. *Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates*. *Pediatrics*. 2016 Mar;137(3).
37. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor*. Ankara; 2010.
38. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, et al. *Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey*. *Turk Pediatri Ars*. 2014;49(1):47–56.
39. TÜİK. *İstatistiklerle Çocuk, 2023* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Cocuk-2023-53679#:~:text=Evlenme%20istatistiklerine%20g%C3%B6re%2016%2D17,1%2C9'a%20d%C3%BC%59Ft%C3%BC>
40. TÜİK. *İstatistiklerle Çocuk, 2022* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Cocuk-2022-49674>
41. Aktay M. *İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi*. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi (GPD) Derleme Makalesi*. 2020;1(2):169–84.
42. Bilgin Ö. *Çocuk Koruma Hizmetlerinde Çocuk İhbar ve Bildirimlerinin Değerlendirilmesi*. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* [Internet]. 2020;4(2). Available from: <https://dergipark.org.tr/tushad>
43. Mulder TM, Kuiper KC, Claudia E van der P, Stams GJJM, Assink M. *Risk factors for child neglect: A meta-analytic review*. *Child Abuse Negl*. 2018 Mar 1;77:198–210.

44. Bronfenbrenner U. Echological Models of Human Development. International encyclopedia of education. 1994;3(2):37–43.
45. Coope CM, Theobald S. Children at risk of neglect: Challenges faced by child protection practitioners in Guatemala City. Child Abuse Negl. 2006 May;30(5):523–36.
46. Deveci SE, Açık Y. Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. ARŞİV. 2003;12:396–396.
47. Acehan S, Bilen A, Ay OM, Gülen M, Akkan A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(4):591–614.
48. Schick M, Schönbucher V, Landolt MA, Schnyder U, Xu W, Maier T, et al. Child Maltreatment and Migration: A Population-Based Study Among Immigrant and Native Adolescents in Switzerland. Child Maltreat. 2016 Feb 1;21(1):3–15.
49. National Scientific Council on the Developing Child. The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper 12 [Internet]. 2012 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <http://www.developingchild.harvard.edu>
50. Child Welfare Information Gateway. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau; 2019.
51. Cicchetti D, Hetzel S, Rogosch FA, Handley ED, Toth SL. An investigation of child maltreatment and epigenetic mechanisms of mental and physical health risk. Dev Psychopathol. 2016 Nov 1;28(4pt2):1305–17.
52. National Scientific Council on the Developing Child. Excessive stress disrupts the development of brain architecture: National Scientific Council on the Developing Child. J Child Serv. 2014 Jun 10;9(2):143–53.
53. Peterson C, Florence C, Klevens J. The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. Child Abuse Negl. 2018;86:178–83.
54. Chauhan M, Kaur A, Singh N, Singh R, Kumar S, Kour P. Child abuse and neglect: an overview. Vol. 4, Journal of Current Medical Research and Opinion. 2021. p. 928–36.
55. U.S. Center for Diseases Control and Prevention. Violence Against Children and Youth Surveys (VACS) [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/violence-against-children/about/index.html>
56. Crouch J. L., Milner J.S. Effects of Child Neglect on Children. Crim Justice Behav. 1993;20(1):49–64.
57. Bick J, Nelson CA. Early adverse experiences and the developing brain. Neuropsychopharmacology. 2016 Jan;41(1):177–96.

58. Bruce J, Fisher PA, Pears KC, Levine S. Morning cortisol levels in preschool-aged foster children: Differential effects of maltreatment type. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*. 2009;51(1):14–23.
59. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health*. 2012 Jun;102(6):1135–44.
60. Afifi TO, Macmillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S, et al. Child abuse and physical health in adulthood. *Statistics Canada, Catalogue no 82-003-X* [Internet]. 2016 Mar [cited 2024 Nov 4];27(3):10–8. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2016003/article/14339-eng.htm>
61. Monnat SM, Chandler RF. Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *Sociol Q*. 2015;56(4):723–52.
62. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2007 May;31(5):517–30.
63. Wilson HW, Widom CS. An Examination of Risky Sexual Behavior and HIV in Victims of Child Abuse and Neglect: A 30-Year Follow-Up. *Health Psychology*. 2008 Mar;27(2):149.
64. Thompson R, Lewis T, Neilson EC, English DJ, Litrownik AJ, Margolis B, et al. Child Maltreatment and Risky Sexual Behavior: Indirect Effects Through Trauma Symptoms and Substance Use. *Child Maltreat*. 2017;22(1):69–78.
65. Herrenkohl TI, Hong S, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Developmental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use, and Physical Health. *J Fam Violence*. 2013 Feb;28(2):191–9.
66. LeTendre ML, Reed MB. The Effect of Adverse Childhood Experience on Clinical Diagnosis of a Substance Use Disorder: Results of a Nationally Representative Study. *Subst Use Misuse*. 2017 May;52(6):689–97.
67. Kemp AM, Mott AM, Sibert JR, Kemp A M Mott J R Sibert AM. Accidents and child abuse in bathtub submersions. *Arch Dis Child* [Internet]. 1994;70(5):435–8. Available from: <http://adc.bmj.com/>
68. Li F, Godinet MT. The impact of repeated maltreatment on behavioral trajectories from early childhood to early adolescence. *Child Youth Serv Rev*. 2014;36:22–9.
69. Negriff S. ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Soc Sci Med*. 2020 Jan 1;245.

70. Logan-Greene P, Semanchin Jones A. Chronic neglect and aggression/delinquency: A longitudinal examination. *Child Abuse Negl.* 2015 Jul;45:9–20.
71. Smetana JG, Kelly M, Twentyman CT. Abused, Neglected, and Nonmaltreated Children's Conceptions of Moral and Social-Conventional Transgressions. *Child Dev* [Internet]. 1984;55(1):277–87. Available from: <http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/1129852>
72. Crittenden PM. Children's Strategies for Coping With Adverse Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory. Vol. 16. 1992.
73. Cakir S, Tasdelen Durak R, Ozyildirim I, Ince E, Sar V. Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. *Journal of Trauma and Dissociation.* 2016;17(4):397–409.
74. Widom CS. The Cycle of Violence. *Science* (1979) [Internet]. 1989;244(4901):160–6. Available from: www.sciencemag.org
75. Debowska A, Boduszek D, Fray-Aiken C, Ochen EA, Powell-Booth KT, Nanfuka Kalule E, et al. Child abuse and neglect and associated mental health outcomes: a large, population-based survey among children and adolescents from Jamaica and Uganda. *Mental Health and Social Inclusion.* 2024 Jan 10;28(1):42–65.
76. Herrenkohl TI, Jung H, Lee O, Kim MH, Lee JO. Effects of Child Maltreatment, Cumulative Victimization Experiences, and Proximal Life Stress on Adult Crime and Antisocial Behavior. 2017 Jan.
77. Dirican R. Tarihi Süreçte Çocukluk ve Çocuk Hakları. *Çocuk ve Gelişim Dergisi.* 2018;2(2):51–62.
78. Gürbüz Y. Dünya Savaşları ve Sonrası Çocuk İstismarı Hakkında Yapılan Hukuki Düzenlemeler.
79. Çocuk Koruma Kanunu [Internet]. 2005 [cited 2025 Jan 8]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5395&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
80. Uğurlu Z, Gülsen İA. Çocuk Hakları ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi* [Internet]. 2014;1:1–24. Available from: www.ijoses.com
81. Hukuk Ansiklopedisi. Çocuk Hakları Bildirgesi [Internet]. [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://hukukbook.com/cocuk-haklari-bildirgesi/>
82. KURT S. Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler ve Türkiye Uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi.* 2016;0(36).
83. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi. Oct 20, 1959.

84. Salim M. Geçmişten günümüze Türkiye’de çocuk koruma politikaları ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu [Internet]. SDÜ; 2011. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277064796>
85. Çağlayan İ. Atatürk’ün Çocukları. İstanbul Arel Üniversitesi İletişim Çalışmaları Dergisi. 1:101–16.
86. Türk Çocuk Hakları Bildirisi [Internet]. 1963 [cited 2025 Jan 9]. Available from: <http://www.beydag.gov.tr/turk-cocuk-haklari-bildirisi>
87. Vural A. Çocuk İstismarı ve İhmali Yasal Mevzuat. Türkiye Klinikleri. 2021;(Çocuk İstismarı ve İhmali):102–6.
88. KURT S. Çocuk Haklarına İlişkin Mevzuat ve Uygulamalar. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2016 Jun 1;0(36).
89. Finkelhor D, Turner H, Wormuth BK, Vanderminden J, Hamby S. Corporal Punishment: Current Rates from a National Survey. J Child Fam Stud. 2019;28:1991–7.
90. Şahin Dağlı F. Fiziksel Ceza ve Çocuk Üzerine Etkileri. Turkish Journal of Pediatric Disease. 2017 Jun;
91. T.C. Cumhurbaşkanlığı. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Kararname no: 1 Türkiye; Jul 10, 2018.
92. Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM). 2012/20 Oct 4, 2012.
93. Gershater-Molko RM, Lutzker JR, Sherman JA. Assessing child neglect. Vol. 8, Aggression and Violent Behavior. 2003. p. 563–85.
94. Greene BF, Kilili S. How good does a parent have to be? Issues and examples associated with empirical assessments of parenting adequacy in cases of child abuse and neglect. In: Lutzker JR, editor. Handbook of Child Abuse Research and Treatment. 1998. p. 53–72.
95. Straus MA, Kantor GK. Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. Vol. 29, Child Abuse and Neglect. 2005. p. 19–29.
96. Hornor G. Child neglect: Assessment and intervention. Journal of Pediatric Health Care. 2014;28(2):186–92.
97. Yıldız Yıldırım Ç, Ulukol B. Çocuk İhmali. Türkiye Klinikleri. 2021;(Çocuk İstismarı ve İhmali):25–8.
98. Fontes L. A. Child Abuse and Culture: Working With Diverse Families. New York: Guilford Press; 2005.
99. Smitt HS, Mintjes N, Hovens R, de Leeuw J, de Vries T. Severe caries are a clue for child neglect: a case report. J Med Case Rep. 2018;12(1):1.

100. Wyatt J, Squires T, Norfolk G, Payne-James J. Oxford Handbook of Forensic Medicine. 1st ed. New York: Oxford University Press Inc.; 2011.
101. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;190:47–55.
102. Solarino B, Grattagliano I, Catanesi R, Tsokos M. Child starvation and neglect: A report of two fatal cases. *J Forensic Leg Med.* 2012 Apr;19(3):171–4.
103. Brandon M, Bailey S, Belderson P, Larsson B. The role of neglect in child fatality and serious injury. *Child Abuse Review.* 2014;23(4):235–45.
104. Baysal SU, Şahin F. Çocuk İstismarı ve İhmali. In: Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Sosyal Pediatri Derneği Ortak Kılavuzu. 2014. p. 1–9.
105. Koç S. Adli Tıbbı Giriş: Adli Tıbbın Tarihçesi ve Türkiye’deki Yapılanması . In: Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 2011. p. 1–12.
106. Doğan M, Orak Ç, Özdemir B. Türkiye’de Adli Tıp ve Son Yüzyılı. *Demokrasi Platformu.* 2021;11(37):282–94.
107. Dünya Sağlık Örgütü-. Sağlıklı Diyet [Internet]. [cited 2025 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
108. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. 2013.
109. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-cocukergen/anne-sutu-emzirme-egitimi-2024-mayis-haziran.html>. 2024. Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı.
110. T.C. Sağlık Bakanlığı, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 9]. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP). Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/ntp.html>
111. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Yenidoğan Bakımı. Zenciroğlu A, Özbaş S, editors. 2017.
112. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
113. Rees C. The influence of emotional neglect on development. Vol. 18, *Paediatrics and Child Health.* 2008. p. 527–34.
114. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL. Professional Responsibility and Early Childhood Vaccination. Vol. 169, *The Journal of Pediatrics.* 2016. p. 305–9.
115. Anayasa Mahkemesi İkinci Bölümü, 29 Haziran 2016 Tarih ve 2014/5552 Başvuru Numaralı Muhammed Ali Bayram Kararı.
116. Anayasa Mahkemesi Genel Kurulu, 11 Kasım 2015 Tarih ve 2013/1789 Başvuru Numaralı Halime Sare Aysal Kararı.

117. U.S. Department of Health & Human Services Administration for Children and Families Administration on Children Y and FCB. Child Maltreatment 2008 [Internet]. Washington, DC; 2008. Available from: www.ndacan.cornell.edu.
118. APSAC Taskforce. Challenges in the Evaluation of Child Neglect [Internet]. The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC); 2008. Available from: <https://www.apsac.org/guidelines>
119. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Diğer Araştırmalar [Internet]. [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/menu/diger_arastirmalar-45
120. Antai D, Braithwaite P, Clerk. G. Social determinants of child abuse: evidence of factors associated with maternal abuse from the Egypt demographic and health survey. J Inj Violence Res. 2016;8(1):25–34.
121. Dickson KS, Ameyaw EK, Adde KS, Paintsil JA, Yaya S. Social determinants of child abuse: Evidence from seven countries in sub-Saharan Africa. PLoS One. 2024;19(7).
122. Lynch M, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A. National Study on Violence against Children in Georgia. Tbilisi; 2008.
123. Nikolaidis G, Petroutaki K, Zarokosta F, Tsirigoti A, Hazizaj A, Cenko E, et al. Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2018;12(1).
124. TÜİK. Türkiye Çocuk Araştırması 2022 [Internet]. Ankara; 2022 May. Available from: <http://www.tuik.gov.tr>
125. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. 2023. WHO-Infant and young child feeding.
126. Myers, John EB, Apsac. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. 3rd ed. Myers JEB, editor. SAGE Publications; 2011.
127. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. Child Abuse Negl. 2004;28(7):771–84.
128. Metin B. Sağlık Hakkı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2017;4(1):46–50.
129. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. Vol. 1112. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018.
130. Üçüncü O. Atıksu Arıtımı, Atıksu Deşarjı ve Su Kirliliği: Trabzon İli Örneği. Türk Hidrolik Dergisi [Internet]. 2019;3(2):14–29. Available from: <http://www.dergipark.gov.tr>
131. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash#tab=tab_1. Water, Sanitation and Hygiene (WASH).

132. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Belediye-Su-Istatistikleri-2018-30668>. 2019. Belediye Su İstatistikleri 2018.
133. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Su-ve-Atiksu-Istatistikleri-2022-49607#:~:text=Belediyeler%20taraf%C4%B1ndan%20i%C3%A7me%20ve%20kullanma,210%20litre%20oldu%C4%9Fu%20tespit%20edildi>. 2023. Su ve Atıksu İstatistikleri 2022.
134. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2018 [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2018-30709>
135. Durgun Ö. Türkiye’de Yoksulluk ve Çocuk Yoksulluğu Üzerine Bir İnceleme. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi. 2011;6.
136. Usta S, Ergün G. Göç ve mülteci olgusu: Kavramsal çerçeve. International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies. 2020;6(24):1063–74.
137. Aydın D, Şahin N, Akay B. Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. Journal of Dr Behcet Uz Children s Hospital. 2017;7(1):8–14.
138. Akıncı H. Uluslararası literatürde göçmen çocuk ihmal ve istismarı. In: Öztekin Çiftçi Y, editor. 3 International Congress on Contemporary Scientific Research. ISPEC Yayınevi; 2023. p. 356–61.
139. Euser EM, van IJendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. Child Maltreat. 2011 Feb;16(1):63–73.
140. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu. Çocuklara Yönelik Şiddete İlişkin Uluslararası Sınıflandırma. New York: UNICEF; 2023.
141. Guterman K. Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. Child Abuse Negl. 2015;48:160–9.
142. Zuravin SJ. Unplanned Childbearing and Family Size: Their Relationship to Child Neglect and Abuse. Fam Plann Perspect. 1991;23(4):155–61.
143. Bakır E, Kapucu S. Çocuk ihmal ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansımaları: Bir Literatür İncelemesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(2):13–24.
144. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2024-53714>. 2024. Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, 2024.
145. Aral N. Ailede Ana-Baba Tutumları. In: Ailenin Güçlenmesinde Aile Bireylerinin Sorumlulukları Paneli. 1991.

8. EKLER

Ek-1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	TNSA 2018 Verilerine Göre Türkiye’de Yaşayan Suriyeli Göçmen ve Türk Çocuklarda İhmal ile İlişkili Durumlarının Değerlendirilmesi
TITLE OF STUDY	An Evaluation of Neglect Related Conditions Among Syrian Migrant and Turkish Children Living in Turkey Based on the 2018 TDHS Data

*:Toplantıda Bulunma

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SİGORTA	☐							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐							
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐							
	İLAN	☐							
	YILLIK BİLDİRİM	☐							
	SONUÇ RAPORU	☐							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐							
	DİĞER:	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2024/241	Tarihi: 02.12.2024							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Mehmet ARICAN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkili		Katılım *		İmza
Prof.Dr.İlknur ARSLANOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Ender GÜÇLÜ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Ebru ÖZEN BEKAR	Hemşirelik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Mehmet Ali SUNGUR (Başkan Yardımcısı)	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Ersin BEYAZÇİÇEK	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Ceren GÜNEY	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Mukaddes KILIÇ SAĞLAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müavirligi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Mehmet ARICAN
İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-1. (Devamı) Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	TNSA 2018 Verilerine Göre Türkiye’de Yaşayan Suriyeli Göçmen ve Türk Çocuklarda İhmal ile İlgili Durumlarının Değerlendirilmesi			
TITLE OF STUDY	An Evaluation of Neglect Related Conditions Among Syrian Migrant and Turkish Children Living in Turkey Based on the 2018 TDHS Data			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce		
	TELEFON	0380 542 14 16		
	FAKS	0380 542 13 02		
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Bora BÜKEN		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Soner ALINCAK, Uzm.Dr.Sevde SANCAR		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Adli Tıp		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
Diğer ise belirtiniz ****				
TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

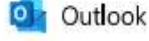
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Mehmet ARICAN
İmza

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-2. HÜNEE Veri Seti Kullanım Onayı

11.10.2024 19:22

Posta - soner alıncak - Outlook



TNSA data request

Kimden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü <bebweb@hacettepe.edu.tr>

Tarih 7.10.2024 Pzt 10:03

Kime soneralincak@hotmail.com <soneralincak@hotmail.com>

Your TNSA data request has been approved. You can now login to the site to download archived data. TNSA veri talebiniz onaylanmıştır. Kullanıcı adı ve şifrenizle giriş yapıp veriyi indirebilirsiniz. TNSA Veri Kullanım Semineri Videolarını şu adresten izleyebilirsiniz: <https://www.youtube.com/playlist?list=PL3-yyqjh4t5SXddI8FBGvcmxQHf5sjeaC>