

BEKİR ALTIOK

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. YÜKSEK LİSANS
ENST. TEZİ**

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-
CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI
HAKKINDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ,
ESENLER ÖRNEĞİ**

BEKİR ALTIOK

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. REYHAN BAHCIVAN SAYDAM**

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

**BEKİR ALTIOK**

İTHAF

Dünyanın en güzel kadınına, anneme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım esnasında bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan, değerli zamanını çalışmam için ayıran tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Reyhan Bahçivan Saydam'a, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve gelişimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma, her zaman yanımda olan çok değerli aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı.....	4
2.1.1. Fiziksel İstismar	6
2.1.2. Duygusal İstismar	7
2.1.2.1. Duygusal Ensest	8
2.1.3. Cinsel İstismar	9
2.1.3.1. Ensest	10
2.1.3.2. Pedofili	11
2.1.4. İhmal.....	11
2.1.4.1. Fiziksel İhmal	12
2.1.4.2. Duygusal İhmal.....	12
2.1.4.3. Eğitim İhmali.....	12
2.1.4.4. Tıbbi İhmal	12
2.2. Adölesan Gebelikler ve Erken Yaşta Evlilik	13
2.3. Sosyal Hizmet Disiplini Açısından Çocuk İhmal Ve İstismarına Yaklaşım	14
2.3.1. Sosyal Hizmet	14
2.3.2. Tıbbi Sosyal Hizmet	15
2.3.3. Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet’in Gelişimi	15
2.4. Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü ..	16
2.5. Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında Multidisipliner Müdahale	18

2.5.1. Adölesan Gebeliklerde Multidisipliner Müdahale	18
2.6. İhmal ve İstismar Mağduru Çocuklara Hizmet Veren Kuruluşlar	19
2.6.1. Çocuk İzlem Merkezleri	20
2.7. “Ekolojik Sistem Yaklaşımı” Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı	21
2.7.1. Çocuk İhmal Ve İstismarına İlişkin Risk Faktörleri.....	22
2.8. Araştırma Hipotezleri	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırma Evreni ve Örneklemi	25
3.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri	25
3.2. Veri Toplama Araçları.....	28
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	28
3.2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”	28
3.3. Verilerin Toplanması.....	30
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.5. Etik Konular.....	30
4. BULGULAR	31
4.1. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerine İlişkin Farkındalık Düzeyleri	31
4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Eğitim Alma Durumları	31
4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamında Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Deneyim ve Yaklaşımları.....	36
4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” Genel Ortalaması ve Alt Ölçek Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımı	42
4.1.4. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri ile Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	44
4.1.5. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	49
4.1.5.1. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyeti ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	49
4.1.5.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşı ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	50

4.1.5.3. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	52
4.1.5.4. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
4.1.5.5. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Dönemi Süresince Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim Alma Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	54
4.1.5.6. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Yaşamlarında Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim Alma Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	56
4.1.5.7. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarını Tanılamada Kendilerini Yeterli Görme Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	57
4.1.5.8. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim Alma İsteği ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	59
4.1.5.9. Sağlık Çalışanlarının Son Bir Yılda Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası İle Karşılaşma Durumu İsteği ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	61
4.1.5.10. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Deneyim Süresi ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	62
4.1.5.11. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Kurumdaki Prosedür/Talimat Hakkındaki Bilgi Durumları ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	63
4.1.6. Sağlık Çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” Sorularından Aldıkları Puanların Ortalamaları	64
4.1.6.1. Sağlık Çalışanlarının “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” Soruları Ortalama Puanları	64
4.1.6.2. Sağlık çalışanlarının “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” Soruları Ortalama Puanları	67
4.1.6.3. Sağlık Çalışanlarının “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” Soruları Ortalama Puanları	70
4.1.6.4. Sağlık çalışanlarının ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” Soruları Ortalama Puanları.....	72
4.1.6.5. Sağlık Çalışanlarının İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri Soruları Ortalama Puanları.....	74

4.1.6.6. Sağlık Çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” Soruları Ortalama Puanları	76
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	86
6. ÖNERİLER	87
KAYNAKLAR.....	88
EKLER.....	94
EK-A: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	95
EK-B: "ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK"	97
EK-C: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	101
EK-D: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	102
EK-E: KURUM İZNİ	103
EK-F: ETİK KURUL KARARI.....	104
EK-G: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	105
ÖZGEÇMİŞ	106

TABLOLAR LİSTESİ

TABLO 1: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	27
TABLO 2: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI HAKKINDA ÖĞRENİM DÖNEMİNDE EĞİTİM ALMA DURUMU ...	33
TABLO 3: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI HAKKINDA MESLEK YAŞAMLARINDA EĞİTİM ALMA DURUMU ..	35
TABLO 4: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ORTAMINDA ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARIYLA İLGİLİ DENEYİM VE YAKLAŞIMLARI ..	38
TABLO 5: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ORTAMINDA ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI İLE İLGİLİ DENEYİM VE YAKLAŞIMLARI ..	41
TABLO 6: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” GENEL ORTALAMA PUANI VE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ MESLEKLERE GÖRE DAĞILIMI	43
TABLO 7: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” GENEL ORTALAMALARININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	44
TABLO 8: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMARIN ÇOCUK ÜZERİNDEKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ” ORTALAMASININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	45
TABLO 9: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMARIN ÇOCUK ÜZERİNDEKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ” ORTALAMASININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	46
TABLO 10: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İHMALİN ÇOCUK ÜZERİNDEKİ BELİRTİLERİ” ORTALAMASININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	46
TABLO 11: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ” ORTALAMASININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	47
TABLO 12: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ” ORTALAMASININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	48
TABLO 13: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE AİLESEL ÖZELLİKLER” ORTALAMASININ MESLEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	48
TABLO 14: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ CİNSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	50
TABLO 15: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ YAŞA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	51
TABLO 16: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ MEDENİ DURUMA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	52
TABLO 17: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	54

TABLO 18: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ ÖĞRENİM DÖNEMİ SÜRESİNCE ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMA DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	55
TABLO 19: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ MESLEKİ YAŞAMLARINDA ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMA DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	57
TABLO 20: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINI TANILAMADA KENDİLERİNİ YETERLİ GÖRME DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	58
TABLO 21: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMA İSTEĞİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	60
TABLO 22: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK “ ORTALAMALARININ SON BİR YILDA ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI VAKASI İLE KARŞILAŞMA DURUMUNA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	61
TABLO 23: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ MESLEKİ DENEYİM SÜRESİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “T-TEST” SONUÇLARI	62
TABLO 24: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK” ORTALAMALARININ ÇALIŞTIKLARI KURUMDAKİ PROSEDÜR/TALİMAT HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILDIĞI “ANOVA” SONUÇLARI	63
TABLO 25: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMARIN ÇOCUK ÜZERİNDEKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ” SORULARI ORTALAMA PUANLARI	65
TABLO 26: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARINA İLİŞKİN ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER” SORULARI ORTALAMA PUANLARI	68
TABLO 27: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İHMALİN ÇOCUK ÜZERİNDEKİ BELİRTİLERİ” SORULARI ORTALAMA PUANLARI	71
TABLO 28: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ” SORULARI ORTALAMA PUANLARI ..	73
TABLO 29: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ” SORULARI ORTALAMA PUANLARI	75
TABLO 30: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE AİLESEL ÖZELLİKLER” SORULARI ORTALAMA PUANLARI	77

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

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



ÖZET

Altıok, B. (2019). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeylerini belirlemektir. Araştırmanın örneklemini “İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi”nde çalışan 178 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada “Sosyodemografik Bilgi Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıkları ile sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için t-testi; meslekler arasında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeylerinde farklılaşma olup olmadığını incelemek için ise “Anova” analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın analiz sonuçlarına göre; erkek sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalıklarının kadın sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu, öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alan sağlık çalışanlarının eğitim almayanlara göre “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ve “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”ne ilişkin farkındalıklarının daha yüksek olduğu, “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim almak isteyen sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının eğitim almak istemeyenlere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca; doktorların “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalık düzeyinin ebelerden daha yüksek olduğu, doktorların ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerine ilişkin farkındalık düzeyinin hemşire ve ebelerden daha yüksek olduğu, doktorların “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”ne ilişkin farkındalığının ebelerden daha yüksek olduğu, ebelerin “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”ne ilişkin farkındalık düzeyinin doktor ve hemşirelerden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: çocuk ihmal ve istismarı, sosyal hizmet

ABSTRACT

Altıok, B. (2019). Determination of Awareness Levels of Health Care Workers about Child Neglect and Abuse, The case of Esenler. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Social Work. Master's Thesis, İstanbul.

The aim of this study is to determine the awareness level of health workers about child neglect and abuse. The sample of the study consists of 178 health care workers working in İstanbul Provincial Health Directorate Esenler Gynecology and Pediatric Hospital ". In the study, "Sociodemographic Information Form" and Scale for the Identification of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect tarafından were completed by the participants. The t-test was used to examine the awareness of health workers about child neglect and abuse and whether they differ according to sociodemographic variables; "Anova" analysis was used to examine whether there is a difference in the level of awareness about child neglect and abuse between professions.

According to the results of the analysis; It is observed that male health workers have higher awareness about child neglect and abuse than female health workers, and health workers who are educated about child neglect and abuse during education are more aware of "Behavioral Symptoms of Child Abuse and Symptoms of Neglect on Child". It is determined that the awareness of health workers who want to receive education about child neglect and abuse is higher than those who do not want to receive education. Also; doctors' general awareness about child neglect and abuse is higher than midwives, doctors' awareness level about child's neglect is higher than nurses and midwives. It was determined that the level of awareness about the characteristics of neglected children is lower than that of doctors and nurses.

Key Words: child neglect and abuse, social work

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Her çocuk sağlıklı bir ortamda, şiddetten uzakta bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir. Ancak dünyaya masum ve korunmasız olarak gözlerini açan milyonlarca çocuk; çocukluğun sonsuz döngüsü içerisinde çeşitli şiddet eylemlerinin tanığı ya da mağduru olmaktadır. Çocuğa yönelik şiddetin bir türü olan “çocuk ihmal ve istismarı”; dünya genelinde sık karşılaşılan, çocuğun ve ailesinin hayatında onarılamaz tıbbi ve psikososyal sonuçları olan önemli bir toplumsal sorun arz etmektedir (Polat, 2007).

Çocuğun yetiştirilmesinde anne-babalar veya çocuğun bakımından sorumlu kimseler bazen isteyerek bazen de istemeyerek de olsa çocuğun sağlıklı gelişimine zarar verecek davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu davranışlar kimi zaman çocuğa yönelik doğrudan şiddet şeklinde kimi zaman da görmezlikten gelme, gerekli ilgi ve sevgiyi göstermeme şeklinde kendisini göstermektedir (Unal, 2008). Çocukların ihmal ve istismardan korunması, yetişkinlik dönemlerinde bu tür davranışları sergilemesi ile ilişkili olmasından dolayı üzerinde durulması gereken bir olgudur (Turhan ve Ark. 2008).

“Çocuk ihmal ve istismarı”nın, öncelikle buna maruz kalan çocukların olmak üzere toplumun genelinin fiziksel ve ruhsal sağlığı, gelişimi ve iyilik halleri üzerinde çeşitli olumsuz etkileri olmaktadır. Bu sorun hem önleme aşamasında hem de müdahale aşamasında farklı disiplinlerden profesyonellerin birlikte çalışmasını gerektirir (Paslı, 2017). Ailede ve aile çevresinde gelişimlerini sürdüren çocukların sosyal çevre ile ilk iletişime geçtiği sistemlerin başında sağlık sistemi gelmektedir (Bülbül ve Ark. 2012). Aile içinde yaşanan çocuğa yönelik ihmal ve istismar vakalarının sağlık çalışanları tarafından tanılanmasında yaşanan güçlükler, sağlık çalışanlarının konu hakkındaki bilgi eksiklikleri, konunun yetkili mercilere zamanında bildirilmemesi, vakaların görmezden gelinmesi ve gizlenmesi olguların ciddiyetini daha da arttırmaktadır. Çocukları istismardan ve şiddetten korumak için öncelikle doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının ve çocuk alanında çalışan farklı meslek gruplarındaki kişilerin ortak çabası gereklidir (Turhan ve Ark. 2008).

İnsanların yaşamlarının sadece kişisel boyutlarıyla değil, aynı zamanda sosyal boyutlarıyla da ilgilenen sosyal hizmet mesleği, ailevi ve sosyal faktörlerin sağlık hizmetleri sürecine dahil edilmesini sağlama noktasında önemli bir rol oynamaktadır (Adams ve Ark. 2015). Sosyal hizmet disiplininin ailenin ve çocuğun refahı alanı ve çocuğun korunması işlevi doğrudan ihmale ve istismara uğrayan çocuklar ile ilgilidir. Sosyal hizmet uzmanları çocuk koruma sisteminde ve sağlık kuruluşlarında çok disiplinli ekipler içerisinde çocuk ihmal ve istismarı olguları ile aktif olarak çalışırlar (Pashı, 2017). Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet faaliyetleri “tıbbi sosyal hizmet” olarak adlandırılmakta, hastaların tedavisine yönelik psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörlerin belirlenmesinde fayda sağlamak, hastanın ve hasta ailesinin karşılaştıkları sorunları bertaraf etmek, hastaların yararına toplum kaynaklarını harekete geçirmek, yerinde kullanmak, sunulan hizmetlerden hastaları asgari düzeyde faydalandırmak amacıyla mikro, mezzo ve makro düzeydeki uygulamaları içeren, hastaların psikososyal ve ekonomik sorunlarını çözmek amacıyla grupla ve bireyle çalışma yöntemlerini kullanan bir mesleki uygulama alanıdır (İnan, 2017).

Tıbbi sosyal hizmet biriminde çalışan sosyal hizmet uzmanı; hasta ve hasta yakınlarına yönelik psikososyal müdahaleleri gerçekleştirir ve bu süreçte multidisipliner bir ekip içerisinde diğer sağlık çalışanları ile birlikte ortak hareket eder. Bunun yanında hastane personeline yönelik mesleği ile ilgili eğitici faaliyetlerde de bulunur. Sosyal hizmet uzmanının mesleki rollerinden biri olan “eğitici” rolü, bu süreçte önemli bir yer tutmaktadır. (Aydın Aslan, 2015)

Bu çalışma; sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeyi, konu hakkındaki farkındalıklarını ve tutumlarını ortaya koymayı, “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki bilgi ve farkındalıklarını etkileyen etmenleri belirlemeyi, bu konuda sosyal hizmet uzmanları veya diğer uzman personeller tarafından sağlık çalışanlarına yönelik olarak gerçekleştirilecek koruyucu ve önleyici çalışmalara kaynak oluşturmayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Bir birey olarak ele alınması gereken çocuk, toplumsal gelişmişlik düzeyine göre çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Çocuğa ilişkin tanımlamalarda yaş sınırı, sosyo-ekonomik gelişmişlik, kültürel farklılıklar ve kanunlar gibi çeşitli değişkenler açısından toplumlar arasında ve hatta aynı toplum içinde farklı uygulamalar mevcuttur (Bağdat, 2018). Birleşmiş Milletler tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen “Çocuk Hakları Sözleşmesi”ne göre; “Bu sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” ifadesi yer almaktadır (url: www.cocukhaklari.gov.tr). Başka bir açıdan çocuk; “henüz bedensel, ruhsal ve sosyal yönden erginliğe ve olgunluğa ulaşmamış birey” şeklinde tanımlanmaktadır (Erkut ve Ark. 2018). “Çocuk Hakları Sözleşmesi”nde ise erken yaşta reşit olma durumu hariç olmak üzere 18 yaşından küçük herkes çocuk olarak tanınmaktadır. Erken yaşta reşit olma durumu, sözleşmeyi kabul eden ülkelerin iç hukukuna bırakılmıştır. Türkiye’de yürürlükte olan “Türk Ceza Kanunu”nun 6. maddesinde ve “Çocuk Koruma Kanunu (madde 3)”nda “daha erken yaşta ergin olsa bile 18 yaşını doldurmamış kişi” çocuk olarak kabul edilmiştir (Akyüz, 2018).

Çocukluk; çocukların içinde bulunduğu duruma göre tarihsel dönemlerde, toplumlarda, kültürlerde ve inançlarda değişim göstermiştir. Çocuğun bulunduğu yaş itibari ile herhangi bir işte çalışma, okula gitme, evlenme, yetişkin olma açısından her toplumda farklı özellikler göstermektedir. Çocukluk dönemine olan bakış açısı günümüze doğru yaklaştıkça değeri artmakta, çeşitli değişimlere uğramakta ve gelişim göstermektedir. Bununla birlikte “Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi”ne Dair Kanun” kapsamında çocuklara kendilerini ilgilendiren kararlarda söz hakkı tanınması çocuk algısının daha da zenginleşmesine katkıda bulunmuştur. Çocuğun her türlü riskten korunması ve kendisini ilgilendiren kararlara katılımının sağlanması, çocuğa verilen değer in yadsınamayacak derecede gelişmesine neden olmuştur (Semerci Uyan ve Ark. 2012).

Çocukluk dönemi doğumdan itibaren yetişkin bir bireye bağımlı olarak hayatın devam ettiği, özel bakım ve ilgi gerektiren bir dönemdir. Çocukların beslenme, sağlık, barınma, eğitim, vb. ihtiyaçlarının karşılanmaması, aile ortamının güvenli olmaması, ihmal ve istismara karşı korunmasız olması çocuk hakları ihlali anlamına gelmektedir (Bağdat, 2018). Çocuklar yetişkinlerin desteğine ve saygısına ihtiyaç duyar, kendilerine

ilgi gösterildiğinde ve temel ihtiyaçları karşılandığı ölçüde gelişirler, bu nedenle ihtiyaçları herhangi bir ihmale neden olmadan karşılanmalıdır (Yolcuoğlu, 2015).

Çocukluk; ruhsal, fiziksel ve toplumsal gelişmenin hızlı bir şekilde devam ettiği ve özel korunmayı gerektiren bir dönemdir. Çocukların gereksinimlerinin karşılanması noktasında, ihtiyaç duyduğu olanaklara ulaşamadığında işlevsellikleri ve gelişimleri engellenmektedir. Çocuklar, bir taraftan fiziksel gelişimlerini tamamlarken, diğer taraftan da bilişsel ve duygusal gelişimlerinin temelleri atılmaktadır. Aynı zamanda çocukluk, içinde bulunduğu çevrenin etkileşim sistemleri kapsamında, toplumsallaşmasının gerçekleştiği özel bir dönemdir (Karataş, 1993). Yetişkinliğe doğru ilerleyen ve çocuk açısından büyük önemi olan bu dönemde yaşanacak olumsuz deneyimler (ihmal, istismar, aile içi şiddet vb.) veya olumlu deneyimler çocuğun geleceği açısından oldukça önemlidir. Özellikle çocukların gelişim döneminde fizyolojik olarak; “barınma, beslenme, ısınma, güvenli bir aile ve sosyal çevre ortamında yaşama, korku ve kaygı oluşturacak durumlardan uzak olma, istikrarlı bir yaşam ve ebeveynler tarafından korunup gözetilme”, sosyal açıdan; “ebeveynlerden ve çevresinden sevgi görme, ait olma hissi yaşama, yakınlık görme, bir kimliğe sahip olma, başarma, kabul görme, sosyalleşme, saygı görme ve onaylanma” gibi gereksinimlerinin karşılanması; cesaretlendirilmesi, yaratıcılığını ortaya çıkarabilmesi için desteklenmesi gibi faktörler sıralanabilir. Çocukluğunda sağlıklı gelişimini olumsuz etkileyen risklere maruz kalmak, çocuğun gelişiminde kalıcı etkiler bırakmaktadır (Bağdat, 2018)

2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı

“Çocuk ihmal ve istismarı”; “ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü” şeklinde tanımlanmaktadır (Bahadır, 2018).

“Çocuk ihmal ve istismarı”nın farklı meslek alanlarını ilgilendirmesi, tanımlanmasında çeşitli zorluklara neden olmaktadır. Bazı tanımlarda ihmal ve istismarı yalnız aile fertlerinin ve çocuğun üzerinde otorite sahibi bireylerin, bazılarında ise bunlara ek olarak yabancı şahısların da gerçekleştirebileceği belirtilmektedir (Zeytinoğlu, 1991). Örneğin sağlık çalışanları ihmal ve istismar kavramlarını tıbbi açıdan değerlendirmekte, fiziksel ve ruhsal belirtileri ele almaktadırlar. Sosyal hizmet alanında çalışan meslek elemanları için ise ailenin çocuğa karşı tutumu ve bunun istismar olgusunu hangi

derecede desteklediği önemlidir. Hukukçular içinse olgunun hukuki delilleri ön planda gelmektedir (Polat, 2007). Tüm bu durumlar da yapılan davranışın, o toplum tarafından kabul edilen bir davranış veya ihmal/istismar şeklinde değerlendirilmesinde farklılığa sebep olabilmektedir (Topbaş, 2004). Ancak bununla birlikte, çocuk ihmal ve istismarını tanımlamaya yönelik çeşitli evrensel tanımlar bulunmaktadır.

Çocuk istismarı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini, psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplumu veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar” şeklinde tanımlanmaktadır (Yolcuoğlu, 2010). Helfer ve Kempe tarafından yapılan tanımda ise çocuk istismarı; ” ebeveynlerin veya çocuktan sorumlu diğer kişilerin gerçekleştirdiği veya sorumluluklarını ihmal ettikleri eylemler sonucu, çocukların kaza dışı zarara uğraması” şeklinde açıklanmaktadır (Can ve Ark. 2009). Bu davranışları çocuğun nasıl algılandığı ve yetişkinin bilinçli yapıp yapmadığı önemli değildir (Solak, 2018). Çocuk ihmali ise; “çocuğun asgari düzeyde ihtiyacı bulunan duygusal, tıbbi, eğitim, okul, giyinme ve barınma gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması” olarak tanımlanmaktadır (Özgentürk, 2014).

Çocuğun ihmal veya istismara uğraması sonucunda; çocuğun sosyal, bilişsel, cinsel ve fiziksel yönlerden zarar görmesi, çocuğun sağlıklı ve güvenli bir ortamda büyüme hakkının tehlikeye girmesi söz konusudur (Turhan ve Ark. 2008; Taner ve Gökler, 2004). İhmal ve istismarın birbirinden ayrıldığı en önemli kısım, ihmalin pasif, istismar davranışının ise aktif bir olgu olmasıdır (Bahadır, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 2010 yılında kötü muamele uygulanan 754.000 çocuğun %78’i ihmal, %18’i fiziksel istismar, %9’u cinsel istismar, %8’i ise duygusal istismara maruz kalmıştır. Aynı dönemde “çocuk ihmal ve istismarı” sebebiyle 1560 çocuk ölümü raporlanmıştır (Bilgiç, 2015).

2009 yılında Cristoffersen ve DePanfilis tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada çocukların %12’sinin fiziksel istismara, %38’inin fiziksel ihmale, %33’lük kesiminin ise duygusal istismara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Ayrıca ABD’de hizmet veren Çocuk Koruma Servisleri, çocukların 4/1000 oranında cinsel istismara maruz kaldığını, başka bir araştırmada ise cinsel istismara uğradığını belirten adölesan birey oranının %21 olduğu bildirilmektedir (Gölge ve Ark. 2012).

Türkiye’de verilerin ve konu hakkında yapılan araştırmaların yetersiz olması konu hakkında yeterli veriler sağlanmasını zorlaştırmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Bununla birlikte Unicef ve Türkiye Cumhuriyeti işbirliği ile 2008 yılında 61 il ve 1328 hanede yaşayan 7- 18 yaş arasındaki 1886 çocuk ile gerçekleştirilen “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” verilerine göre; katılımcılarda fiziksel istismar %56, duygusal istismar %49, cinsel istismar %9 olarak belirlenmiştir (Unicef, 2010). Ayrıca Irmak (2008)’ ın yaptığı araştırmada 12-17 yaş aralığındaki bireylerin %48 oranında fiziksel istismara, %8 oranında cinsel istismara ve %17 oranında da ihmale maruz kaldığı bildirilmiştir.

“Çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalığın ve bilimsel araştırmaların artması ile birlikte çeşitli alt başlıklar altında farklı kategoriler ortaya çıkmıştır. “Çocuk ihmal ve istismarı” genellikle “fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal” olmak üzere dört farklı kategoride ele alınmaktadır (Kaptan, 2017; Beyaztaş ve Ark. 2014).

2.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, “18 yaşına kadar bir çocuğun ebeveynleri ya da çevresinde kendinden sorumlu yetişkinler tarafından vücut bütünlüğünün zedelenerek fiziksel bir zarara uğratılması, çocuğun yaralanması veya tüm bunların oluşumu riskine sebep olmak” şeklinde tanımlanmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Tanılanması ve tespit edilmesi açısından en kolay istismar türü olmakla birlikte duygusal istismarı da beraberinde getirmektedir (Güler ve Ark. 2002). Bir başka tanımda ise fiziksel istismar; “bilinçli ve isteyerek yapılan, çocuklara fiziksel olarak zarar verecek her türlü davranış” olarak açıklanmaktadır (Özgentürk, 2014).

Fiziksel istismar vakaları incelendiğinde; uygulayan kişilere ve uygulanma şekillerine göre olmak üzere iki alt başlığa ayrılması mümkündür.

Bunlar;

1. Fiziksel istismarı uygulayan kişiye göre;

a) Ebeveyn tarafından istismar (Parental Abuse): Aile içinde çocukların kaza dışı yaralanmaları sonucunda ortaya çıkmaktadır.

b) Kurumda İstismar (Institutional Abuse): Okullar, yetiştirme yurtları, çocuk yuvaları gibi kuruluşlarda idareci, öğretmen veya bakım personeli tarafından çocuğa yönelik uygulanan fiziksel istismar olgularını kapsar.

2. Fiziksel istismarı uygulanma şekline şekillerine göre;

a) Aletli Saldırıları: Fiziksel istismarın uygulanması esnasında nesnelerin çocuğa zarar verici şekilde kullanılmasını ifade eder. Bu tür saldırılarda kemer, sigara, ütü, sıcak su veya herhangi bir eşyasının (telefon, terlik, kaşık-çatal, tava vb.) kullanımı söz konusudur (Polat, 2007).

b) Aletsiz Saldırıları: Fiziksel istismarın uygulanması esnasında herhangi bir alet kullanılmadığı çocuğa yönelik saldırıları ifade eder. Tekme, tokat, saç çekme, itirme, yumruk atma gibi saldırılar bu kapsama girmektedir (Polat, 2007).

2.1.2. Duygusal İstismar

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (Unicef) tarafından; “Çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi” şeklinde tanımlanan duygusal istismar (Unicef, 2011); çocuğun aşağılanması, azarlanması, sosyal ilişkiden uzak tutulması, terk etmeyle tehdit edilmesi, yaş ve gelişimine uygun olmayan taleplerde bulunulması, çocuğun duygusal karşılık almaktan yoksun bırakılması, yanlış davranışlara yönlendirmek (hırsızlık, yalan vb.) çocuğa pozitif duygulanım göstermemek, çocuğun zihinsel, tıbbi ve eğitsel ihtiyaçlarının karşılanmamasını kapsayan ciddi bir çocukluk çağı travmasıdır. Çocuk ile suçlu arasındaki negatif etkileşim sonucunda meydana gelir. Diğer istismar türleri ile beraber de görülebilir. Çocuğun kendini değersiz, sevgisiz ve eksik hissetmesine neden olur. Diğer istismar türlerine göre psikolojik ve davranışsal etkileri daha kalıcı olabilir (Aktepe, 2009). En sık karşılaşılan, tanınması ve kanıtlanması en güç istismar çeşididir (Glaser, 2002).

Cinsel istismar ve fiziksel istismarın aksine duygusal istismar olgularında somut delillerin bulunmaması ve bu istismar türlerine eşlik etmesi bakımından diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır. Duygusal istismar istismara uğrayan çocukta psikolojik hasara

neden olmaktadır. Bunun nedeni; “kendilerine bakmakla yükümlü yetişkinler tarafından olumsuz etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalmaları ve ihtiyaç duydukları sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılmaları” olarak belirtilmektedir (Polat, 2007).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda; saldırganlık, uyumsuzluk, büyüme geriliği, düşük benlik saygısı, hırsızlık, olumsuz benlik kavramı, kaygı, güvensizlik, bağımlılık, duygusal açıdan tutarsızlık gibi çok geniş boyutta çeşitli davranış ve kişilik bozuklukları görülebilmektedir. Yapılan araştırmalarda; bu çocukların yetişkinlik dönemlerinde stresle başa çıkamama, alkol bağımlılığı, yeme bozuklukları, saldırgan davranışlara eğilim gibi ciddi psikolojik ve davranışsal problemlerle karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (Unal, 2008; Dinleyici ve Dağlı, 2016).

Duygusal istismar vakalarında; çocuğun ev dışındaki ortamla temasının çok sınırlı olması nedeniyle sağlık çalışanları duygusal istismara uğramış çocukların tespit edilmesinde çok önemli bir rol oynamaktadırlar. Sağlık çalışanları duygusal istismarın belirtileri ve riskleri konusunda bilgi sahibi olmalı, eşlik edebilecek diğer istismar türlerini göz önüne almalı, çocuğa bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkiyi iyi gözlemlemelidir. Şüphe uyandıran durumlarda çocuğun korunması için anında adli bildirimlerde bulunulmalı, multidisipliner bir ekip çalışması ve bütüncül yaklaşımla gerekli tıbbi ve psikososyal müdahale gerçekleştirilmelidir (Aktepe, 2009).

2.1.2.1. Duygusal Ensest

Çocukların ebeveynleri tarafından duygusal anlamda sömürüldüğü olguları tanımlamak için kullanılır. Bu tür olgularda; ebeveynlerden herhangi birinin, çocuğun kendisine bağımlı olmasından ve aralarındaki güç ilişkisinin çocuğun aleyhine olması durumundan faydalanarak duygusal ihtiyaçları için çocuğunu kullanması söz konusudur. Bu tür ebeveynler “istilacı ebeveyn” olarak isimlendirilir. Bu tür istismara maruz kalan çocuk ise “Seçilmiş Çocuk” şeklinde isimlendirilir. Anne veya baba başka yetişkinlerden tarafından karşılanması gereken yakın arkadaşlık, romantik uyarılma, duygularını açma, tavsiye alma gibi ihtiyaçlarını çocuklarından bekler. Ebeveynleri tarafından duygusal destek için kullanılan çocuk; sevgi, onay, disiplin, koruma ve rehberlik görmez. Bu tür olgularda istismar ve sevgi bir arada yaşanır (Polat, 2007).

2.1.3. Cinsel İstismar

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından; “Cinsel haz veya ticari amaç için çocuğun seksüel aktivitelere katılımının sağlanması” şeklinde tanımlanan cinsel istismar (Açıkyol, 2016), başka bir tanımda ise “henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması” şeklinde ifade edilmektedir (Eraslan, 2018). Çocuğun cinsel istismarı; temas içermeyen (teşhircilik, röntgencilik, cinsel içerikli konuşmalar), cinsel dokunma, oral-anal-genital ilişki, cinsel penetrasyon (ırza geçme), çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu içeren cinsel sömürü gibi farklı şekillerde gerçekleşebilmektedir (Mavi, Aydoğdu ve Özsoy, 2017).

Çocuğun cinsel istismarı çok yönlü olmakla birlikte, çocuk fiziki temas suretiyle istismar edilebileceği gibi pornografik görüntüleri ile sanal ortamda da istismar edilebilir. “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişkinin o erişkinin veya başka birinin seksüel uyarımı için kullanılması” cinsel istismardır. İnsan ısırlıkları bebeklerde özellikle cezalandırma amaçlı olurken, büyük çocuklarda cinsel amaçlıdır. Çağımızda çocuğun bizzat vücudunun veya pornografik görüntülerinin yüksek ekonomik getirisi bazı faillerin yüksek statüleri, önlemlerin yetersizliği gibi olumsuzluklar sonucu çocukların cinsel istismarının boyutu büyümüş ve uluslararası örgütlü suçlar haline getirmiştir (Erdoğan, 2011).

Cinsel istismarın çocukta 4 önemli etkisi bulunmaktadır. Bunlar; Damgalanma, Zedelenmiş Cinsellik, İhanet, Acizlik’tir (Polat, 2007).

Damgalanma duygusunun olduğu olgularda, çocuklar suçun mağduru olmalarına rağmen sosyal çevreleri tarafından damgalanmaya ve dışlanmaya da maruz bırakılabilmektedirler (Unal, 2008).

Zedelenmiş cinsellik Selvi ve Ark. tarafından (2011); cinsel istismar sonucunda oluşan, bireyin çocukluk ve ergenlik dönemindeki cinsel kimlik gelişimindeki duygu ve davranışların sapması olarak tanımlanmaktadır.

İhanet duygusu; istismarcı genel olarak çocuğun tanıdığı ve güven duyduğu kişilerdir, bu nedenle çocukta ihanete uğramış olma, güvensizlik, ruhsal problemler, korku ve üzüntü duyguları görülebilmektedir (Selvi ve Ark. 2011).

Acizlik ise çocuğun kendi iradesi dışında cinsel amaçlarla kullanılması ve bu durumu engelleme imkanı olmaması nedeniyle çocukta oluşan kendisini çaresiz hissetme duygusudur (Ovayolu ve Ark. 2007).

“Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması’nda 7-18 yaş grubu çocukların en az %10’unun cinsel istismara tanık olduğu, en az %1’inin pornografik materyallere bakmaya zorlandığı ve de en az %0,5’inin dokunma veya dokunulmaya zorlandığı” belirtilmektedir (Unicef, 2010).

2.1.3.1. Ensest

“Birbiriyle evli olanlar dışındaki aile üyeleri arasında sözlü, sözsüz, fiziksel, görsel her türlü erotik davranış” olarak tanımlanan ensest, aralarında kan bağı olan aile üyeleri dışında çocuk üzerinde otorite ve saygınlığı bulunan akrabalar ve hısımlar (aile dostu, üvey yakınlar vb.) da ensest tanımında belirtilen aile üyeleri olarak değerlendirilmektedir (Bozbeyoğlu ve Ark. 2010; Polat, 2007)

Ensest açısından risk faktörleri olarak; aile içi şiddet, çocukla yetişkinin aynı odayı veya yatağı paylaşmaları, ebeveynlerde cinsel istismara maruz bırakılma öyküsü, maddenin kötüye kullanımı, annenin gece saatlerinde çalışması, ebeveynlerde sorunlu cinsel yaşantı, kalabalık aile gibi etkenler sıralanmaktadır (İbiloğlu ve Ark. 2018). Ayrıca; ev içinde kişisel mahremiyetin bulunmadığı veya sağlanamadığı yaşam anlayışının ensest vakalarının ortaya çıkmasını etkileyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Polat, 2006). İstismar çeşitleri arasında çocuğa en büyük psikolojik hasarı veren ve ailenin dağılacağı, babanın hapse gireceği gibi endişeler nedeni ile çocuk tarafından kolaylıkla açıklanamayarak gizli kalan ensest olguları genellikle çocuklardaki bir davranış probleminin veya hastalığın araştırılması sırasında tespit edilmektedir (Doğan, 2009).

Enseste maruz kalan çocuk ve adolesanlarda; uyku düzensizliği, kendini kirli ve değersiz hissetme, karşı cinse karşı güvensizlik, kusma-mide bulantısı, depresyon, anksiyete, akademik başarıda düşme, suçluluk hissi gibi problemler görülmektedir. Ayrıca hamilelik, genital hasar ve zührevi hastalıklar gibi fiziksel zararlara da neden olmaktadır (Polat, 2007). Genel olarak cinsel istismar olgularında oluşan semptomlar, cinsel istismarın bir türü olan ensest olgularında da gözlenmektedir.

2.1.3.2. Pedofili

Çocuk istismarının türleri arasında en fazla endişelendiren tür olan pedofilinin diğer istismar türlerinden temel farklılığı; çocuğa yönelik cinsel sömürünün saldırgan ve saplantı halinde varlık göstermesidir. Pedofili bir “dürtü kontrol bozukluğu” olması nedeniyle psikiyatrik hastalık olarak sınıflandırılmaktadır (Polat, 2007). “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR)” pedofiliyi; “en az 6 aylık bir süre boyunca, kişide ergenlik dönemine girmemiş bir çocukla ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunma ile ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerin, cinsel dürtülerinin ya da davranışların yineleyici biçimde ortaya çıkması” olarak tanımlanmıştır (Birliği, 2001). Kişiye pedofili tanısı konulabilmesi için bu tanı ölçütlerine göre; “en az 16 yaşında olması ve cinsel istismarda bulunduğu çocuklardan en az beş yaş büyük olması” gerekmektedir. Tanı konulmasında kişinin davranışlarını bu cinsel dürtülerine ve fantezilerine göre şekillendirmesi ya da cinsel dürtü ve fantezilerinin kişiler arası problemlere neden olması gerekmektedir (Solak, 2018).

ABD’de yapılan bir araştırmada pedofil tanısı alan şahısların %40’ının ergenlik döneminde çocuklara yönelik cinsel istismar gerçekleştirme öyküsünün bulunduğu, çocuğa yönelik cinsel istismar gerçekleştiren şahısların %88’inin şimdi veya gelecekte pedofili tanısı alabileceği belirtilmektedir (Kamiloğlu, 2018).

2.1.4. İhmal

“Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikolojik gelişimi için ihtiyaç duyduğu olanakların sağlanmaması” olarak tanımlanan çocuk ihmali, giderek önem kazanan, dünya genelinde farkındalığın arttığı bir olgudur.

“Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından karşılanmaması” olarak tanımlanan çocuk ihmali, genel olarak “ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Kara ve Ark. 2004)

Çocuklara yönelik ihmal davranışları onları temel hak ve özgürlüklerinden yararlanmalarına engel olmakta, fiziksel, bilişsel, duygusal ve psikososyal gelişimlerine ciddi zararlar vermektedir. Çocuğun barınma, beslenme, eğitim, sağlık, sevgi ve değer görme, kendini güvende hissetme vb. ihtiyaçlarının karşılanmaması bu kapsamda değerlendirilmektedir (Özgentürk, 2014). Çocuk ihmali; “fiziksel ihmal, duygusal ihmal,

eğitim ihmalı ve tıbbi ihmal” olmak üzere 4 şekilde sınıflandırılmaktadır (Kara ve Ark. 2004; Polat, 2007).

2.1.4.1. Fiziksel İhmal

“18 yaşından küçük çocuğun yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğraması” şeklinde tanımlanmıştır (Taner ve Gökler, 2004).

2.1.4.2. Duygusal İhmal

“Çocuğa yeterli düzeyde sevgi ve ilgi gösterilmemesi, ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması” olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2007).

2.1.4.3. Eğitim İhmali

Ebeveynlerin veya çocuğun bakımından sorumlu kimselerin okul çağındaki çocuğu okula göndermeme, özel eğitim ihtiyaçlarını karşılamama, devamsızlık davranışını kronikleşmesine izin vermek, çocukların dersleri ve okul başarıları ile ilgilenilmemesi durumudur (Acehan ve Ark. 2013).

2.1.4.4. Tıbbi İhmal

“Yeterli ekonomik olanaklar bulunmasına rağmen çocuk için gerekli, yaşına uygun tıbbi bakımın karşılanmasındaki yetersizlik” olarak tanımlanmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Çocuğun zarar görebileceği şekilde tıbbi bakım ihtiyaçlarının karşılanamadığı durumlarda tıbbi ihmal söz konusudur.

Tıbbi ihmal aşağıdaki durumlarda ortaya çıkmaktadır;

1. Çocuğun hastalık ya da yaralanma durumunda tıbbi bakım için zamanında başvurmaması
2. Ebeveynlerin tıbbi önerilere uymaması
3. Yaşamı tehdit edebilecek bir hastalık durumunda ebeveynlerin tedaviyi sağlayamaması veya kabul etmemesi
4. Çocuğun sağlık izlemlerinin zamanında yapılmaması
5. Çocuğun aşılarının yaşına göre uygun zamanlarda yapılmaması; aşılarının yaptırılmamış olması ya da eksik olması

Anne-babanın çocuğu için alternatif tıbbi bakım arama hakları vardır. Ancak; kanıta dayalı tıbbi tedavi sağlanmaz ve bu nedenle çocuğun sağlığı bu nedenle zarar görürse, tıbbi ihmal olduğu düşünülmelidir (Polat, 2007).

2.2. Adölesan Gebelikler ve Erken Yaşta Evlilik

Toplumsal koşulların değişmesine rağmen ülkemizde aile kurumu birey ve toplum açısından önemini korumaktadır. Aile kurumunun temel olarak; nesillerin devamını ve kontrollü bir cinsel yaşam sağlama işlevi bulunmaktadır. Ailenin sağlıklı bir şekilde kurulması, bu işlevlerini yerine getirmesinde önemli bir etkidir. Bu sebeple eşlerin beklentileri ve psikososyal özellikleri sağlıklı bir ailenin kurulması ve devamı açısından büyük önem arz etmektedir (Çoban, 2009).

“Türk Medeni Kanunu”nun 124. maddesinde Türkiye’de cinsiyet ayırt etmeksizin resmi evlilik yaşı 18 olarak belirlenmiştir. Yalnız 17 yaşında çocuğun ailesinin rızası ile ve olağanüstü durumlarda hakim kararı ile 16 yaşını doldurmuş olma şartıyla evlenme izni verilebilir. Kanunların açık ve anlaşılır olmasına rağmen ülkemizde 18 yaşından küçüklerin evliliği yaygın olarak görülmektedir (Akyüz, 2018)

Çocukluktan ergenliğe geçiş dönemi olarak adlandırılan adölesan dönemin DSÖ tarafından 10-19 yaş aralığındaki dönemi kapsadığı ifade edilmektedir. Dünya nüfusunun % 20’sini oluşturan bu yaş grubunun %85’i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bununla birlikte adölesan gebeliklerin büyük bölümü de gelişmiş ve gelişmekte olan bölgelerde görülmektedir (Serhatlıoğlu, 2018).

Gelişmiş ülkelerde görülen adölesan gebeliklerde; gebeliğin annelerin evlilik dışı ilişki sonucunda hamile kaldığı görülmesine rağmen ülkemizdeki adölesan dönem gebeliklerinin resmi/resmi olmayan evlilikler sonucunda gerçekleştiği ve ülkemizde adölesan yaşta evliliklerin kültürel olarak desteklendiği görülmektedir (Bulut ve Ark., 2008).

2006 yılında yapılan bir çalışmada; dünya genelinde her yıl 1000 adölesan genç kızdan 63’ü doğum yapmakta ve doğumlar sonucunda 17.000.0000 bebek dünyaya gelmektedir. Adölesan gebelik sonucu doğan bu bebeklerin ilk yıl içinde ölme riskinin, yaşı daha büyük olan annelerin doğurduğu bebeklere göre 2 kat fazla olduğu belirtilmektedir. (Bulut ve Ark. 2008). Aynı konudaki farklı bir çalışmada ise adölesan dönemdeki her yıl dünyada yaklaşık 100 milyon genç kızın cinsel yolla bulaşan enfeksiyona yakalandığı belirtilmektedir (Şen ve Kavlak, 2011). Ülkemizde ise “Türkiye İstatistik Kurumu” istatistiklerine göre 2017 yılında 15 yaşından küçük çocuklar 227 doğum, 15-19 yaş aralığındaki çocuklar ise 69003 doğum gerçekleştirmişlerdir (Yıldırım ve Başer, 2019).

Ülkemizde adölesan gebeliklerin yaygın olmasının erken yaşta evlilikler, eğitim düzeyinin düşük olması, düşük sosyokültürel ve sosyoekonomik düzey, etnik faktörler, yeterli bilgilendirmenin yapılamaması gibi birçok nedeni bulunmaktadır (Şen ve Kavlak, 2011). Bununla birlikte ülkemize iç savaş nedeniyle sığınmak zorunda bırakılan Suriyeli nüfusta kültürel nedenlerle erken yaşta evlenmenin yaygın olması ülkemizdeki adölesan gebelik vakalarının artmasına neden olmuştur.

Erken yaşta evlilikler; kişide düşük benlik saygısı, eğitimden uzaklaşma, fiziksel hastalığa yakalanma gibi psikolojik, sosyal ve psikolojik birçok soruna neden olmaktadır ve bu sorunları kız çocukları daha ağır yaşamaktadırlar (Çoban, 2009).

2.3. Sosyal Hizmet Disiplini Açısından Çocuk İhmal Ve İstismarına Yaklaşım

2.3.1. Sosyal Hizmet

Bir meslek ve disiplin olarak ortaya çıkışı 17. yy'ın sonlarına denk gelen sosyal hizmet meslek ve disiplinine dair tarih boyunca birçok araştırmacı tarafından tanımlamalar yapılmıştır (Şeker, 2012). Kut (1988) sosyal hizmet mesleğini; “bireyin karar verme özgürlüğünü kendi yararına kullanması açısından bilinçlenmesinde, yaşadığı çevrenin değişen sosyo-ekonomik koşullarına ve normatif sistemine uyum sağlayarak toplumda verimli bir unsur olması yönünden gerekli olan değişimin yaratılmasında müdahale edebilecek bilgi, yöntem ve becerilere sahip hatta bu tür bir müdahaleye yetkisi olan bir meslek” olarak tanımlamaktadır. DSÖ tarafından yapılan tanımda ise sosyal hizmet; “insanların iyilik halini arttırmaya çalışan, sosyal değişimleri destekleyen, sorun çözme potansiyeline katkı sağlayan, kişiyi güçlendiren ve özgürlüğü temel alan bir meslek” şeklinde tanımlanmıştır (Cicos, 2012).

“Çevresi içinde birey bağlamında, müracaatçıların problemlerini ele alan, bu problemleri ortaya çıkaran faktörleri inceleyen ve bu doğrultuda müdahale planları ortaya koyan” sosyal hizmet disiplini, bu mesleğin uygulayıcıları olan “sosyal hizmet uzmanları” tarafından gerçekleştirilir (Duyan, 2010). Sosyal hizmet uzmanları, mesleki uygulama sırasında bireyi ve bireyin sosyal işlevselliğine dair sorunların çözümünü odağına alır. Bu kapsamda; Kut (1988) sosyal hizmetin mesleki değerlerini; kişinin değeri, kişinin refahı için toplum sorumluluğu, insanın temel olan haysiyeti ve kişinin genel refaha olan katkıda bulunma sorumluluğu olarak sıralamaktadır.

Sosyal hizmet mesleği, mesleğin etki alanının genişlemesiyle birlikte ihtiyaç gruplarına göre farklı alanlara ayrılmıştır. Sosyal hizmetin başlıca çalışma alanları; “tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, adli sosyal hizmet, gerontolojik sosyal hizmet, aileler için sosyal hizmet, gençler için sosyal hizmet, çocuklar için sosyal hizmet” şeklinde sıralanmaktadır (Duyan, 2010). Bunların içinde tıbbi sosyal hizmet; sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamalarını kapsamaktadır.

2.3.2. Tıbbi Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmet; sosyal hizmetin ilk alanlarından biri olmakla birlikte, sürekli olarak tıbbi alandaki güncel gelişmelere göre kendini yenileyerek değişim göstermektedir (Duyan, 2010). Bu gelişmelerle birlikte ortaya çıkan tanımlamalardan birinde Tomanbay(1992) tıbbi sosyal hizmeti; “hastaların bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sağlıkları yönünden yararlanmalarını engelleyen içsel ve dışsal sorunların çözülmesi amacıyla yapılan ekonomik, toplumsal, psikolojik, eğitici, destekleyici hizmetlerin tümü” şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından “tıbbi sosyal hizmetlerin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek” amacıyla yayınlanan “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi”nde ise tıbbi sosyal hizmet; “ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözülerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması” olarak tanımlanmaktadır (url: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>).

Hastalığa neden olan psikososyal faktörlerin belirlenmesinde, hastalık sonucunda oluşan sorunların çözülmesinde tıbbi sosyal hizmet müdahalesinin büyük önemi bulunmakta ve bu müdahale sürecinde sosyal hizmet mesleğinin yaklaşım, yöntem ve teknikleri kullanılmaktadır (Duyan, 2010; Özbesler, 2013).

2.3.3. Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet’in Gelişimi

Tıbbi sosyal hizmetin dünyadaki gelişiminin başlangıcı 19. yüzyılın sonlarına doğru İngiltere’de faaliyet gösteren akıl ve ruh sağlığı hastanelerinden taburcu edilen hastaların hastalığının tekrarlamaması amacıyla yürütülen çalışmalara dayanmaktadır. Bu çalışmalar ile aynı yıllarda yürütülen başka bir çalışmada “Lady Almoner” olarak adlandırılan gönüllü kadınların hastanelerde görev almasının da tıbbi sosyal hizmetin

oluşumunda katkısı bulunmaktadır. 1890'da ise Sir Charles, yatacak hastaların sosyal durumlarını inceliyordu. Sonraki süreçte hastalığa neden olan ve hastalığın sebep olduğu psikososyal ve ekonomik faktörlerin önemli olduğunun farkına varılmış ve tıp otoriteleri tarafından kabul edilmiştir. Bununla birlikte hastalığın tıbbi tedavisinin tek başına yeterli olmadığı, tıbbi tedavinin yanında psikososyal etmenlerin de değerlendirilmesi, önleyici ve takip edici yaklaşımların da bu süreçte ele alınması öngörülmüştür. Tıbbi personelin ailenin sosyal durumu ile ilgilenmemesi nedeni ile sosyal açıdan ihmal edilen hastaların sorunlarının çözülmesinde hasta birey ve/ veya ailesi ile ilişki kurup yardımcı olacak bir personelin istihdam edilmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu kapsamda 1905 yılında tıbbi sosyal hizmet ilk olarak ABD'de Massachusetts General Hospitals (Boston), Bellevue Hospitals (New York), John Hopskins Hospitals (Baltimor), Berkeley Infimary Hospitals (Boston) hastanelerinde resmen başlamıştır (Duyan, 2010).

Sosyal hizmetin, sağlık alanında faaliyete başlaması Sir Charles, Richard C. Cabot ve onlar gibi tıp doktorları tarafından hastalarının tıbbi tedaviden daha iyi yararlanması amacıyla sağlanmıştır. Amerika ve İngiltere' de tıbbi sosyal hizmet alanındaki bu gelişmeler zamanla ülkemizdeki sağlık hizmetlerini de etkilemiştir.

Türkiye'deki ilk tıbbi sosyal hizmet uygulaması ise 1964 yılında Müss Belmess yönetiminde Hacettepe Hastanesi'nde stajyer sosyal hizmet uzmanları ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının ilk görev yaptığı hastane ise Ankara Üniversitesi Hastanesi olarak belirtilmektedir (Duyan, 2010).

2.4. Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Çocukların ihmal ve istismar davranışlarından korunmasında, çocuklara yönelik ihmal ve istismar davranışlarının önlenmesinde ve bu tür davranışların tespit edilmesinde; meslek yaşamında çocukla çalışan ve bu tür vakalarla karşılaşma ihtimali yüksek olan sağlık çalışanları önemli bir role sahiptir (Külcü Polat ve Karataş, 2016). Sağlık çalışanları, “çocuk ihmal ve istismarı”nın bulgu ve semptomlarını tanıyabilmeli, bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı, risk faktörlerini bilmeli ve bu tür vakaları adli mercilere bildirmelidir (Kamiloğlu, 2018). Bu konuda sağlık çalışanlarının yasal, ahlaki ve etik açıdan çeşitli sorumlulukları bulunmaktadır (Kara ve Ark. 2004). Sağlık kuruluşlarına başvuran ihmal ve istismar şüphesi bulunan vakalarda sağlık çalışanları bazen yeterli bilgiye sahip olmadıklarından, ebeveynlerin çocuğa zarar vereceğini

düşünmediklerinden veya ailevi sorunlara dahil olmak istemediklerinden dolayı istismar olgusunu atlayabilmektedirler (Polat, 2001).

Bununla birlikte sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarını bildirmeleri konusunda görevlerinden kaynaklanan çeşitli yasal sorumlulukları da bulunmaktadır.

- “5237 sayılı Türk Ceza Kanunu”nun 280. maddesi;
- (1) “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.”
- (2) “Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” şeklindedir (Akyüz, 2018).

Olguların gözden kaçırılmamaları için sağlık çalışanları; çocuğa yönelik ihmal ve istismarın bulgularını ve belirtilerini tanıyabilmeli, “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili doğru tıbbi tanıyı koyabilmeli, çocuğun ailesi ile terapötik düzeyde ilişki kurmalı, çocuğun zarar görebileceği durumlar ile ilgili acil tedbirler almalı, çocuğa ve ailesine profesyonel bir anlayış ile yaklaşmalı, mağdur çocuk ile aynı evde yaşayan diğer çocukları tıbbi açıdan değerlendirmeli, tespit edilen tüm “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarını yasal organlara bildirmeli ve bu tür vakalar için mahkemelerde tanıklık yapmaktan kaçınmamalıdır (Yalçın, 2011).

Sağlık çalışanının ihmal ve istismar konusundaki yetersiz bilgiye sahip olması, ihmal ve/veya istismara uğramış bir çocuğun kaderine terk edilmesi anlamına gelir ve çocuğun bu durumdan kurtulması için başka bir fırsatı bulunmayabilir. Çünkü istismara bağlı deri lezyonları gibi minör bulguların saptanmadığı vakalarda, çocuklar daha ağır ihmal ve istismar olayları ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Turhan ve Ark. 2008). İstismara uğrayan çocuklar sağlık kuruluşlarında yeterli düzeyde değerlendirme yapılmadan taburcu edildiğinde, %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sine ise ağır zarar verildiği belirtilmiştir (Külcü Polat ve Karataş, 2016). Bu nedenle; sağlık çalışanları öncelikle “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda, bu süreçte yapılması gereken uygulamalar ve ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgilendirilmelidirler (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

İhmal ve istismar vakalarının tanınması, değerlendirilmesi ve tedavisi aşamalarında multidisipliner çalışmanın rolü artmaktadır. Birçok sağlık kuruluşunda; çocuk psikiyatristi, pediatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimi uzmanı, adli tıp uzmanı gibi çocuk sağlığı alanında çalışan profesyonellerden oluşan ekipler oluşturulmaktadır. Bu multidisipliner ekipler, çocuk ihmal ve istismar olgularını sistemli olarak ele almakta ve tüm tıbbi, psikososyal ve adli süreç boyunca etkin bir rol üstlenmektedirler. Bu süreç boyunca olayın boyutları ve sonraki süreçte nelerle karşılaşılacağı konusundaki kaygıları olan çocuk ve ailesinin bilgilendirilmesi de ekipte yer alan profesyoneller tarafından gerçekleştirilmektedir (Aktepe, 2009).

2.5. Çocuk İhmal ve İstismarı Vakalarında Multidisipliner Müdahale

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı”nı tespit ettiği veya şüphelendiği durumlarda vaka öncelikle tıbbi sosyal hizmet birimine bildirilmeli, çocuğun bulunduğu ortamda kendisine zarar vermesinden şüphelenilen kişiler varsa güvenlik tedbirleri alınmalı, ihmal ve istismarın tıbbi göstergeleri konusunda ilgili sağlık personeli ayrıntılı olarak gözlemlerini yapmalı ve bunları usulüne uygun olarak raporlamalıdır. Gerekli tıbbi müdahalenin yapılmasının ardından tıbbi sosyal hizmet birimine nakledilen hasta sosyal hizmet uzmanı tarafından ilgili sağlık çalışanlarının mesleki görüşleri ve raporları da dikkate alınarak ihmal ve istismar şüphesi açısından değerlendirilmeli, sonrasında varsa hastane polisi yoksa ilgili çocuk büro amirliği ile iletişime geçilerek vaka bildirilmelidir. Ayrıca; “5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu” kapsamında çocuğun korunma ihtiyacının olup olmadığına ailesine ilişkin değerlendirme yapılmalı. Gerekli durumlarda ilgili savcılıktan çocuk hakkında acil koruma kararı çıkarılması talep edilmeli, sosyal hizmet uzmanı tarafından gerekli görüldüğü durumlarda sosyal inceleme raporu hazırlanarak “5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu”nun ilgili maddeleri kapsamında “çocuğun yüksek yararı” gözetilerek çocuk ve ailesi hakkında koruyucu, önleyici ve tedavi edici mesleki müdahaleler gerçekleştirilmelidir. Çocuk ile ilgili tüm belgeler ve raporlar sosyal çalışmacı tarafından dosyalanarak muhafaza edilmelidir (Yıldırım ve Başer, 2019; Akyüz, 2018)

2.5.1. Adölesan Gebeliklerde Multidisipliner Müdahale

“Çocuk ihmal ve istismarı” açısından tıbbi sosyal hizmet birimlerinde en çok karşılaşılan olgular; adölesan gebelik vakalarıdır. Adölesan gebelik vakalarında hastane bilgi yönetimi sistemine çocuğun gebeliğe bağlı durumlarla ilgili herhangi bir tanısı

ile hastane bilgi yönetimi sistemi üzerinden tıbbi sosyal hizmet birimine çocuk ihmal istismar şüphesi ile otomatik olarak bildirim yapılır ve sağlık çalışanına hastayı güvenlik eşliğinde tıbbi sosyal hizmet birimine yönlendirmesi gerektiği hakkında sistem ekranında uyarıda bulunulur. İlgili evraklarla (sosyal hizmet bildirim formu, 18 yaş altı gebelik bildirim formu, anamnez raporu) tıbbi sosyal hizmet birimine yönlendirilen hasta ile sosyal çalışmacı mesleki görüşmesini gerçekleştirir. Görüşme sonrasında ilgili belgeler ile birlikte hasta, hastane polisine teslim edilir ve adli sürecin başlaması sağlanır. Aynı zamanda çocuğun 15 yaşından küçük olduğu vakalarda çocuğun ikamet ettiği yerde bulunan ilgili cumhuriyet savcılığına, 15 yaşından büyüklerde ise ilçe emniyet müdürlüğü çocuk büro amirliklerine ilgili evraklar ile birlikte adli bildirim yazılı olarak yapılır.

Çocuk büro amirliği tarafından teslim alınan çocuk, ilgili tutanaklar hazırlandıktan sonra savcılıkta “5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu” kapsamında “çocuğun yüksek yararını” gözeten sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog eşliğinde, yetkili savcılık ve baronun tayin ettiği avukat çocuk ile görüşme gerçekleştirir(Saruç, 2017)

Çocuğun 15 yaşından küçük yaşından küçük olduğu adölesan gebeliklerde, şikayete bağlı olmaksızın cinsel istismar şüphesi nedeniyle çocuk değerlendirilmek üzere Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM)’ne sevk edilir. Çocuğa ve ailesine yönelik psikososyal destek sağlanır. Çocuğun muayene ve tedavisi burada gerçekleştirilir. Adli görüşmecisi ve aile görüşmecisi profesyoneller (sosyal hizmet uzmanı, psikolog) burada görüşmeleri gerçekleştirir ve süreci takip eder. Ailede, çocuğa yönelik ihmal ve istismar açısından herhangi bir tehdit unsurunun bulunmadığı durumlarda çocuk tutanakla ebeveynlerine teslim edilir. Bununla birlikte olgu artık adli makamlara bildirilmiş ve çocuk ile ilgili koruyucu tedbirler alınmıştır (Yıldırım ve Başer, 2019).

2.6. İhmal ve İstismar Mağduru Çocuklara Hizmet Veren Kuruluşlar

Öncelikle cinsel istismar vakaları olmak üzere çocuk istismarı vakalarında sağlık kuruluşları, kolluk kuvvetleri ve adli merciler arasında yeterli koordinasyon olmaması nedeniyle istismar mağduru çocukların yaşadığı istismar olayını uygunsuz koşullarda ve çocuğun psikolojik durumunu gözeterik görüşme yapabilecek mesleki yeterliliğe sahip olmayan kişiler tarafından birçok defa tekrarlamak zorunda bırakılması, konu hakkında gizliliğini ihlal edilmesi gibi nedenler çocuğun yaşadığı travmanın şiddetini arttırmakta ve uğradığı psikolojik hasarın tedavisini zorlaştırmaktadır. Bu tür istismar vakalarında çocuklarda oluşabilecek travmanın etkisinin azaltılması, ikincil (secondar) travmanın

önlenmesi, haklarının korunması ve konu ile ilgili kurumlar arasında koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması açısından önemlidir (Unicef, 2011).

Türkiye’de “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili toplumsal farkındalığın artması ile birlikte “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarında multidisipliner çalışmanın önemi kavranmıştır. Bu gelişmeler çocuk koruma birimlerinin kuruluşunu beraberinde getirmiştir. İlk çocuk koruma birimi 1998 yılında “İzmir Behçet Uz Çocuk Hastanesi”nde faaliyet göstermeye başlamıştır. Sonrasında ise öncelikle üniversite hastaneleri olmak üzere ülke genelinde yaygınlaşmıştır. Çocuk koruma birimlerinin çalışmalarına başlamasının ardından müdahale sürecinde yaşanan işlemlerin tek elden yürütülmesi ve kurumlararası koordinasyonda zorluklar yaşanması çocuk izlem merkezlerinin kurulması ihtiyacını doğurmuştur (Bağ ve Alşen, 2016).

2.6.1. Çocuk İzlem Merkezleri

“Çocuk Hakları Sözleşmesi (Madde 19)” taraf devletlere bu konuda gerekli “yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri” alma görevini yüklemiştir. Bu kapsamda cinsel istismar mağduru çocukların tıbbi ve adli işlemlerinin bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini sağlamak, çocuklarda ikincil travmaları en aza indirmek ve çocuğun korunmasını sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı bünyesinde Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) faaliyet göstermektedir. İlki 2010 yılında Ankara’da açılan çocuk izlem merkezleri; il sağlık müdürlüklerine bağlı olarak ve Cumhuriyet Savcılıkları ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) gibi kurumlarla işbirliği halinde hizmet vermektedirler (Bağ ve Alşen, 2016). Türkiye genelinde hizmet veren toplam 40 adet ÇİM bulunmakta ve 81 ile yaygınlaştırılması planlanmaktadır (url: khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr).

ÇİM’ler, cinsel istismara uğramış çocuklara yönelik tıbbi ve adli işlemlerin tam olarak gerçekleştirilebildiği, çocukların kendilerini güvende ve rahat hissedebileceği şekilde tasarlanmış birimler olarak hastanelerin içinde faaliyet göstermektedirler. ÇİM’lerde sorumlu hekim, adli görüşmeci, aile görüşmecisi, AÇSHB temsilcisi, hemşire, sekreter ve konsültan doktorlar görev yapmaktadır. ÇİM’lerde adli görüşmeci olarak görev yapabilmek için; “sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hekim, çocuk gelişimi uzmanı, hemşire (lisans mezunu) ve hekim vb. meslek grubuna dahil olmak” ve “Sağlık Bakanlığı tarafından verilen adli görüşmeci eğitimini almak” gerekmektedir (Yüksel ve Ark. 2013).

Kolluk kuvvetleri tarafından ÇİM'e getirilen çocuk, adli görüşmeci tarafından yaş grubuna göre hazırlanan bekleme odasına alınmakta ve burada ön görüşme gerçekleştirilmekte, çocuğun gelişimi değerlendirilmekte, çocuğun yaşadığı olaya ilişkin kendisinden bilgi alınmakta, gerçekleştirilecek adli görüşme ile ilgili bilgi verilmekte ve çocuk izlem merkezini tanınması sağlanmaktadır. Bu görüşmenin ardından çocuk adli görüşme odasına alınmaktadır. Görüşmeyi çocuğun görmeyeceği şekilde savcı, aile görüşmecisi, çocuğun avukatı ve AÇSHB Temsilcisi izlemekte ve tüm görüşmede ses ve görüntü kaydı alınmaktadır (Yüksel ve Ark. 2013)

Çocuğa görüşme esnasında, ailesine ise görüşme sonrasında adli muayeneyi onaylayıp onaylamadıkları sorulmakta, gerekli izin alındıktan sonra çocuğun dış ve/veya iç fiziki muayenesi yapılmakta, ihtiyaç duyulan durumlarda tetkikler yapılmakta ve adli numuneler toplanmaktadır. Aynı zamanda çocuğun psikiyatrik muayenesi de yapılabilmektedir. ÇİM'de gerçekleştirilen tüm adli, psikiyatrik, sosyal ve tıbbi açılardan çok yönlü olarak yapılan tüm değerlendirmeler ve alınan bilgiler rapora dönüştürülerek görüntü ve ses kayıtlarıyla beraber görevli Cumhuriyet Başsavcılığı'na gönderilmektedir (Yüksel ve Ark. 2013).

2.7. “Ekolojik Sistem Yaklaşımı” Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı

“Çevresi içinde birey” anlayışı ile hareket eden sosyal hizmet mesleği bu yönüyle diğer meslek disiplinlerinden ayrılmakta ve kendisine özel bir çalışma alanı sağlamaktadır. 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren Mary Richmond başta olmak üzere sosyal hizmet alanındaki kuramcılar insanın çevresinin toplumsal işlevlerindeki etkisini fark etmişler ve insanın çevresi ile etkileşiminin önemini vurgulamaya başlamışlardır. Bununla birlikte “çevresi içinde birey” anlayışı da sosyal hizmet literatüründe yerini almıştır (Kuli, 2018).

Bireye, gruba ve topluma yönelik farklı hedefleri olan sosyal hizmet mesleği; genel olarak bireyde ve çevresindeki sosyal sistemlerde değişimleri amaçlar. İnsanların, çevresindeki sistemlerle sürekli bir etkileşim içerisinde olduğunu belirten Minahan ve Pincus, sistem teorisini sosyal hizmet meslek ve disiplinine uygulamışlardır (Turan, 2009). Sistem kuramı ile sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan bireylerin yaşamlarındaki sorunların ve onların yaşamına etki eden sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi yoluyla bireyin yaşamındaki olumsuz durumlara etki eden etmenler vurgulanır. Bu yönüyle sistem kuramı; sosyal hizmet disiplinine kavramsal çerçeve

sunmasının yanında sosyal hizmet uygulamalarının güçlendirilmesine de katkıda bulunmaktadır (Duyan, 2010).

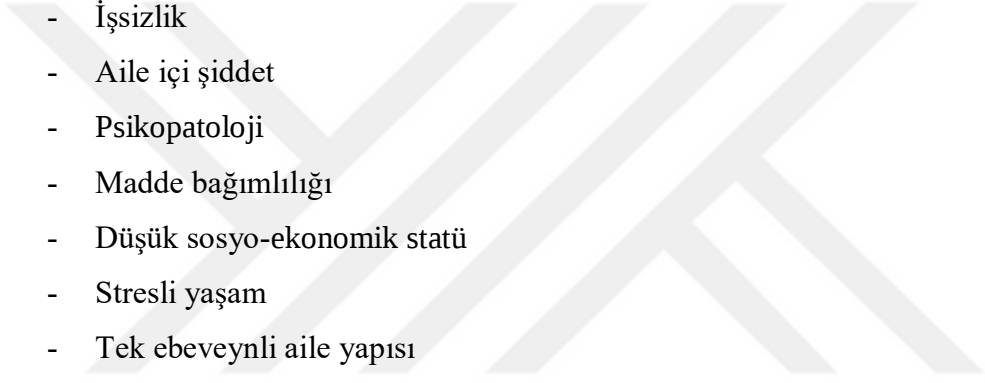
Sistem kuramının bir dalı olan “ekolojik sistem yaklaşımı”; insan davranışını etkileyen iç ve dış kuvvetlerin etkileşimlerini göz önünde bulundurur, bireylerin karşılaştıkları farklı durumlara adaptasyonunu sağlayan davranışları tanımlar ve birey ile diğer sistemler arasındaki etkileşimleri açıklar. Ayrıca, bireyin iç dinamikleri üzerinde durduğu gibi dış dinamikleri üzerinde de durur (Yolcuoğlu, 2010). Ekolojik sistem yaklaşımı; bireylerin problemlerinin bireyin çevresi ile etkileşimin sonucunda oluşan çeşitli sosyal, politik, psikolojik, ekonomik vb. nedenlerden kaynaklandığını ortaya koymakta ve birey ile çevresinin etkileşimi üzerinde durmaktadır. Bu bakış açısı mikro, mezzo ve makro boyutta sistemlerin sorunlarını ve gereksinimlerini gidermeyi kolaylaştırır, ayrıca sorunun yeniden tanımlanması sayesinde sosyal hizmet uzmanının etkili bir sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirmesini sağlar (Kuli, 2018).

Çocuğun kendisinden ve çevresinden kaynaklanan sorunlardan korunması sosyal hizmet mesleğinin öncelikli alanlarından biridir. Çocuk ile içinde bulunduğu ekosistem; çevre, aile, arkadaş, okul arasındaki etkileşimi içeren “mikrosistem”, çocuğun yaşamını ve gelişimini etkileyen ancak aktif olarak rol almadığı sosyal hizmet kuruluşları, kitle iletişim araçları ve bu sistemler arasındaki etkileşimi sağlayan “mezosistem” ve değerleri, inançları ve ideolojileri içine alan “makrosistem” den oluşmakta ve çocuğun gelişimi bu ekosisteme göre olumlu veya olumsuz olarak şekillenmektedir. Ekosistemin merkezindeki çocuk açısından diğer sistemlerle (aile, okul, akraba, inançlar vb.) uyum düzeyi çocuğun gelişimi açısından belirleyici olmaktadır. Çocuk ile bu ekosistem arasındaki denge ve uyumun sarsılması halinde çocuğun sağlıklı gelişimi açısından riskler ortaya çıkmaktadır. Çocukların karşılaşılabileceği bu tür sorunlarda toplumsal değişimler, göç, işsizlik, yoksulluk gibi yapısal etmenler ile çocuğun ailesinin etkileşiminden kaynaklanmaktadır (Yolcuoğlu, 2010).

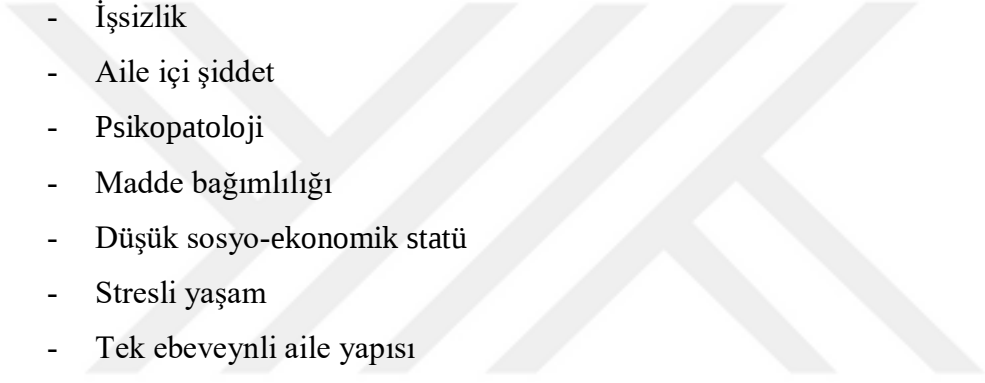
2.7.1. Çocuk İhmal Ve İstismarına İlişkin Risk Faktörleri

“Ekolojik sistem yaklaşımı” açısından “çocuk ihmal ve istismarı”na ait risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır;

“Ailelere Yönelik Risk Faktörleri;

- Yüksek stres düzeyi
- Sosyal izolasyon
- Sağlık ve sosyal hizmet imkanlarına yetersiz ulaşma
- Ebeveynlerine güvensiz bağlanma
- Çocukluk döneminde istismar öyküsü
- Depresyon
- Çocuk ile yetersiz etkileşim
- Çocuğun gelişimiyle ilgili yanlış beklentiler
- Ruhsal problemler
- İşsizlik
- Aile içi şiddet
- Psikopatoloji
- Madde bağımlılığı
- Düşük sosyo-ekonomik statü
- Stresli yaşam
- Tek ebeveynli aile yapısı
- Boşanma
- Ebeveynlerin dışsal denetim odağına sahip olması
- Özgüven eksikliği (Yolcuoğlu, 2010)”.

“Çocuklara Yönelik Risk Faktörleri;

- Çocukluk travmaları
- Davranış bozuklukları (öfke nöbetleri, agresyon vb.)
- Kronik hastalıklar
- Engelli olma hali (fiziksel, zihinsel, duygusal)
- Mizaç açısından olumsuzluklar
- Erken doğum, doğumsal anomaliler, düşük kilolu doğum
- Antisosyal arkadaş grubu (Yolcuoğlu, 2010)”.

2.8. Araştırma Hipotezleri

Bu araştırmanın amacı, “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarının önlenme, tespit ve tedavi süreçlerinde önemli rolleri bulunan sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeylerini incelemektir. Araştırmanın ana amaçlarının dışında araştırmada “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında sağlık çalışanlarının farkındalığını; meslek, cinsiyet, yaş, konu ile ilgili eğitim alma durumu vb. değişkenler açısından değerlendirilmektedir. Bu kapsamda araştırmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır.

1. Hipotez: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, mesleki deneyim süresi, son bir yılda “çocuk ihmal ve istismarı” vakasıyla karşılaşma durumu, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumu, meslek yaşamında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumu, mesleğini gerçekleştirirken “çocuk ihmal ve istismarı”nı göz önünde bulundurma durumu) özellikleri açısından “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusundaki farkındalık düzeyleri farklılık göstermektedir.

2. Hipotez: Sağlık çalışanları arasında mesleklere (hekim, hemşire, ebe) göre “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeyleri farklılık göstermektedir.

3. Hipotez: Sağlık çalışanları arasında mesleklere göre istismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel, davranışsal belirtilerine ilişkin farkındalık düzeyleri farklılık göstermektedir.

4. Hipotez: Sağlık çalışanları arasında mesleklere göre ebeveynin, çocuğun ve ailenin özelliklerine ilişkin farkındalık düzeyleri farklılık göstermektedir.

5. Hipotez: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlardaki deneyimleri ve “çocuk ihmal ve istismarı”na yaklaşımlarına göre “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeyi farklılık göstermektedir.

6. Hipotez: Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumuna göre “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıkları farklılık göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı "Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi"nde çalışan sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanları) yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. "Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi"nde araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde çalışan 55 hekim, 90 hemşire, 61 ebe, 2 çocuk gelişimci, 1 psikolog, 1 diyetisyen, 1 fizyoterapist ve 2 eczacı olmak üzere toplam 213 sağlık çalışanı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında evrenin ulaşılabilirliği dikkate alınarak herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği 25.03.2019-05.04.2019 tarihleri arasında yıllık izin, mazeret izni, görevlendirme, doğum izni vb. durumlar nedeniyle hastanede bulunmayan 25 kişi ve araştırma hakkında bilgilendirme yapılan ancak araştırmaya katılmak istemediğini belirten 3 kişi dışında tüm sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire, ebe) ulaşılarak anket uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %24,72 (n=44)'sini doktorlar, %48,31 (n=86)'ini hemşireler, %27 (n=48)'sini ise ebeler oluşturmuştur. Diğer sağlık çalışanı (çocuk gelişimci, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog) sayısının (n=7) yetersiz olması nedeni ile araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmaya Alınma Kriteri

1. Araştırmanın gerçekleştirildiği tarihte "Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi"nde görevli sağlık çalışanı olmak.
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmaktır.

3.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma "İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi"nde çalışan sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya kapsamında uygulanan anket çalışmasına toplam 178 sağlık çalışanı katılmıştır. Bu katılımcıların %24,7 (n=44)'sini doktorlar, %48,3 (n=86)'ünü hemşireler, %27 (n=48)'sini ise ebeler oluşturmuştur. Katılımcılara ilişkin tanılayıcı bilgiler aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya katılan doktorların %72,7 (n=32)'si kadın, %27,3 (n=12)'ü erkek; hemşirelerin %97,7 (n=84)'si kadın, %2,3 (n=2)'ü erkek, ebelerin %100 (n=48)'ü kadın olarak belirtmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının %92,1 (n=164)'inin kadınlardan %7,9 (n=14)'unun ise erkeklerden oluştuğu belirlenmiştir.

Katılımcıların medeni durumuna göre ise doktorların %72,7 (n=32)'sinin evli, %27,3 (n=12)'ünün bekar; hemşirelerin %51,2 (n=44)'sinin evli, %48,8 (n=42)'inin bekar; ebelerin %45,8 (n=22)'sinin evli, %54,2 (n=26)'sinin bekar olduğu ve tüm katılımcıların %55,1 (n=98)'sinin evli, %44,9 (n=80)'unun bekar olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan doktorların %59 (n=28)'u çocuk sahibi olduğunu, %41 (n=16)'sı çocuk sahibi olmadığını; hemşirelerin %18,6 (n=16)'sı çocuk sahibi olduğunu, %81,4 (n=70)'ü çocuk sahibi olmadığını; ebelerin %41,7 (n=20)'si çocuk sahibi olduğunu, %58,3 (n=28)'ü çocuk sahibi olmadığını belirtmiş ve tüm katılımcıların %34,8 (n=62)'inin çocuk sahibi olduğu, % 65,2 (n=116)'sinin ise çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşları incelendiğinde; doktorların %4,5 (n=2)'inin 18-30 yaş arasında, %95,5 (n=42)'ünün 31 yaş ve üzerinde, hemşirelerin %88,4 (n=76)'sının 18-30 yaş arasında, %11,6 (n=10)'unun 31 yaş ve üzerinde, ebelerin %77,1 (n=37)'inin 18-30 yaş arasında, %22,9 (n=11)'unun 31 yaş ve üzerinde, tüm sağlık çalışanlarının (N= 178) ise %64,6 (n=115)'sının 18-30 yaş arasında, %35,4 (n=63)'ünün 31 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerindeki deneyim süreleri incelendiğinde; doktorların %11,4 (n=5)'ünün 4 yıl ve altı, %88,6 (n=39)'sının 5 yıl ve üzeri, hemşirelerin %67,4 (n=58)'ünün 4 yıl ve altı, %23,6 (n=28)'sının 5 yıl ve üzeri, ebelerin %62,5 (n=30)'ünün 4 yıl ve altı, %37,5 (n=18)'inin 5 yıl ve üzeri, tüm katılımcıların ise %52,2 (n=93)'sinin 4 yıl ve altı, %47,8 (n=85)'inin 5 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri

		Doktor (n=44)		Hemşire (n=86)		Ebe (n=48)		Toplam (N=178)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Cinsiyet	Erkek	12	(27,3)	2	(2,3)	-	(-)	14	(7,9)
	Kadın	32	(72,7)	84	(97,7)	48	(100)	164	(92,1)
Medeni Durum	Evli	32	(72,7)	44	(51,2)	22	(45,8)	98	(55,1)
	Bekar	12	(27,3)	42	(48,8)	26	(54,2)	80	(44,9)
Çocuk Durumu	Var	26	(59,1)	16	(18,6)	20	(41,7)	62	(34,8)
	Yok	18	(40,9)	70	(81,4)	28	(58,3)	116	(65,2)
Yaş arası	18-30 Yaş	2	(4,5)	76	(88,4)	37	(77,1)	115	(64,6)
	31 Yaş ve Üzeri	4	(9,5)	10	(11,6)	11	(22,9)	63	(35,4)
Mesleki Deneyim Süresi(yıl)	4 yıl ve altı	5	(11,4)	58	(67,4)	30	(62,5)	93	(52,2)
	5 yıl ve üzeri	39	(88,6)	28	(32,6)	18	(37,5)	85	(47,8)

3.2. Veri Toplama Araçları

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

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

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

3.2.2. “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”

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

Ölçeğin alt grupları;

1. “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (19 Madde)”
2. “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler (15 Madde)”
3. “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (7 Madde)”
4. “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (12 Madde)”

5. “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (6 Madde)”
6. “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (8 Madde)” şeklindedir.

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

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

Ölçekte yer alan “3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 54, 56, 59, 61, 63” numaralı sorular ise negatif doğrultuda düzenlenmiş ve “çok doğru” yanıtı için 1 puan, “oldukça doğru” yanıtı için 2 puan, “kararsızım” yanıtı için 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı için 4 puan ve “hiç doğru değil yanıtı için ” 5 puan” verilmiştir.

Puan ortalamaları hesaplanan katılımcıların ölçekte yer alan tüm soruları doğru olarak yanıtlaması halinde puan ortalamasının 5 olması beklenmiştir. Ölçek genel ortalaması ve alt ölçek ortalamasının 5’e yaklaşması soruları doğru yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladığını göstermektedir (Bkz. Ek-B).

Bu çalışmada “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”e ait tüm soruların “Cronbach’s alpha” katsayısı 0,913 olarak bulunmuştur. Alt ölçek boyutlarında ise “Cronbach’s alpha” değerleri; “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”nde $\alpha = 0,800$, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”de $\alpha = 0,639$, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”nde $\alpha=0,696$, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”nde $\alpha=0,820$, “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”nde $\alpha=0,156$ ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”de ise $\alpha=0,805$ olarak bulunmuştur. Kocaer (2006) tarafından yapılan çalışmada tüm sorulara ait Cronbach’s alpha katsayısı 0,811, Uysal (1998)’in çalışmasında ise 0,924 olarak bulunmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında tüm katılımcılara mesai saatleri içerisinde, görev yaptığı birimde araştırmacı tarafından ulaşılmış ve kendilerine sözlü olarak araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bu aşamada araştırma için gerekli izinlerin(etik kurul izni, kurum izni) alındığı ve araştırmadan sağlanan verilerin gizli kalacağı belirtilmiştir. Sözlü bilgilendirmenin ardından “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-C)” ve iki aşamalı olarak “Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-A)” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (Ek-B)”i içeren anket formu internet üzerinden katılımcıların tercihine göre telefon veya mail yoluyla kendilerine gönderilmiştir. Katılımcıların anketi doldurmaları yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel analizinde, “SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 20)” programı kullanılmıştır. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) yanı sıra iki grup karşılaştırmasında “Student T testi”, ikiden fazla grup değerlendirmelerinde “Oneway Anova Testi” yapılmıştır, $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Etik Konular

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Doç. Dr. Aynur Uysal Toraman’dan “Ölçek Kullanım İzni (Ek-E)” alınmıştır. “İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmalar Etik Kurulu”ndan 19.03.2019 tarih ve 63621 sayılı etik kurul onayı (Ek-F) alınmıştır. Çalışmanın “Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi”nde yürütülmesi için “İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü”nden kurum izni (Ek-D) yazılı olarak alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı, gönüllülük esasına dayandığı, elde edilecek verilerin gizli tutulacağı anlatılmıştır. “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” anket ile birlikte katılımcıya telefon veya mail aracılığı ile iletilmiştir. “Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-A)”nın 1. maddesine “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”nu okuyup kabul ettiğine dair soru eklenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulgular bölümünde; katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait bilgilere ve çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile ilgili bulgulara yer verilmiştir, 30 tablodan ve bu tabloların yorumlarından oluşmaktadır.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerine İlişkin Farkındalık Düzeyleri

4.1.1. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Eğitim Alma Durumları

Sağlık çalışanlarının öğrenim sürecinde ve mesleki yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumları ve eğitim alan katılımcılar açısından katıldıkları eğitimi yeterli görme durumları belirtilmektedir (Tablo 2, Tablo 3)

Araştırmaya katılan doktorların %40,9 (n=18)’u öğrenim dönemi süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim aldığını belirtirken %59,1 (n= 28)’i aynı dönemde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alan doktorların tamamı (n=18) aldıkları eğitimin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %65,1 (n=56)’i öğrenim dönemi süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim aldığını belirtirken %64,7 (n=30)’si aynı dönemde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alan hemşirelerin %32,1 (n=18)’i aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtirken % 67,9 (n=38)’u ise bu eğitimlerin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Ebelerin ise %70,8 (n=34)’i öğrenim dönemi süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim aldığını belirtirken %29,2 (n=14)’si aynı dönemde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alan hemşirelerin %35,3 (n=12)’ü aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtirken % 64,7 (n=22)’si ise bu eğitimlerin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının %60,7 (n=108)'si öğrenim dönemi süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir eğitim aldığını belirtirken %39,7 (n=7)'si aynı dönemde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alan sağlık çalışanlarının %27,7 (n=30)'i aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtirken % 72,3 (n=78)'si ise bu eğitimlerin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).



Tablo 2: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı hakkında öğrenim döneminde eğitim alma durumu

		Doktor (n=44)	Hemşire (n=86)	Ebe (n=48)	Toplam (N=178)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	18 (40,9)	56 (65,1)	34 (70,8)	108 (60,7)
	Hayır	26 (59,1)	30 (34,9)	14 (29,2)	70 (39,3)
Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili aldığı eğitimi yeterli görme durumu *	Evet	- (-)	18 (32,1)	12 (35,3)	30 (27,7)
	Hayır	18 (100)	38 (67,9)	22 (64,7)	78 (72,3)

*Öğrenim döneminde eğitim aldığını belirten katılımcılar tarafından yanıtlanmıştır.

Araştırmaya katılan doktorların tamamı (n=44) meslek yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir sertifikalı eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %2,3 (n=2)’ü meslek yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında sertifikalı bir eğitim aldığını, %97,7 (n=84)’si meslek yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir sertifikalı eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. “Çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim alan hemşirelerin tamamı (n=2) aldıkları eğitimin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Ebelerin %4,2 (n=2)’si meslek yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında sertifikalı bir eğitim aldığını, %95,8 (n=46)’i meslek yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir sertifikalı eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. “Çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim alan ebelerin tamamı (n=2) aldıkları eğitimin kendileri açısından yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının %2,2 (n=4)’si meslek yaşamları süresince “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında sertifikalı bir eğitim aldığını belirtirken %97,8 (n=176)’i aynı dönemde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında sertifikalı bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alan sağlık çalışanlarının %50 (n=2)’si aldıkları eğitimin kendileri açısından yeterli olduğunu belirtirken %50 (n=2)’si ise bu eğitimlerin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3: Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı hakkında meslek yaşamlarında eğitim alma durumu

		Doktor (n=44)		Hemşire (n=86)		Ebe (n=48)		Toplam N=178)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Meslek yaşamında “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	-	(-)	2	(2,3)	2	(4,2)	4	(2,2)
	Hayır	44	(100)	84	(97,7)	46	(95,8)	174	(97,8)
Meslekte “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili aldığı eğitimi yeterli görme durumu *	Evet	-	(-)	-	(-)	2	(100)	2	(50,0)
	Hayır	-	(-)	2	(100)	-	(-)	2	(50,0)

*Meslek yaşamında eğitim aldığını belirten katılımcılar tarafından yanıtlanmıştır.

4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamında Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Deneyim ve Yaklaşımları

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerini gerçekleştirdikleri esnada “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili deneyimleri ve yaklaşımlarına ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda belirtilmektedir.

Çalıştığı sağlık kurumunda “çocuk ihmal ve istismarı”na müdahaleye yönelik herhangi bir prosedür/talimat olup olmadığına dair bilgileri sorulan doktorların %9,1 (n=4)’i prosedür/ talimat bulunduğunu, %9,1 (n=4)’ i bulunmadığını ve %81,8 (n=36)’i bu konuda herhangi bir bilginin bulunmadığını, hemşirelerin %20,9 (n=18)’u prosedür/ talimat bulunduğunu, %2,3 (n=2)’ü bulunmadığını ve %76,7 (n=66)’si bu konuda herhangi bir bilginin bulunmadığını, ebelerin %20,8 (n=10)’i prosedür/ talimat bulunduğunu, %33,3 (n=16)’ü bulunmadığını ve %45,8 (n=22)’i bu konuda herhangi bir bilginin bulunmadığını belirtmiş ve tüm katılımcıların %18 (n=22)’i prosedür/ talimat bulunduğunu, %12,4 (n=22)’ü bulunmadığını ve %69,7 (n=124)’si bu konuda herhangi bir bilginin bulunmadığını belirlenmiştir.

Mesleğini gerçekleştirirken “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulundurma durumu sorulan doktorların %95,5 (n=42)’i “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulundurduğunu, %4,5 (n=2)’i göz önünde bulundurmadığını, hemşirelerin (n=86) ve ebelerin (n=48) tamamı “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulundurduğunu belirtmiş ve tüm katılımcıların %98,9 (n=176)’unun “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulundurduğu, %1,1 (n=2)’inin ise “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulundurmadığı belirlenmiştir.

Son bir yıl içerisinde “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaşma durumları sorulan doktorların %30,4 (n=14) ü son bir yıl içerisinde “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaştığını, %68,2 (n=30)’ si karşılaşmadığını, hemşirelerin %18,6 (n=16)’sı son bir yıl içerisinde “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaştığını, %81,4 (n=60)’ü karşılaşmadığını, ebelerin %29,2 (n=14)’si son bir yıl içerisinde “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaştığını, %70,8 (n=34)’i karşılaşmadığını belirtmiş ve tüm katılımcıların %24,7 (n=44)’si son bir yıl içerisinde “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaştığını, %75,3 (n=134)’ü ise son bir yıl içerisinde mesleğini gerçekleştirirken “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaşmadığını belirtmiştir.

Katılımcılara sorulan “Mesleğinizi gerçekleştirirken herhangi bir çocuk ihmali ve/veya istismarından şüphelenmeniz durumunda ne yaparsınız” sorusuna doktorların %13,6 (n=6)’sı emin olmadığı için bildirim yapmayacağını, %86,4 (n=38)’ü konu ile ilgili yetkililere bildirim yapacağını, hemşirelerin %2,3 (n=2)’ü emin olmadığı için bildirim yapmayacağını, %4,7 (n=4)’si nasıl bildirim yapacağını bilmediği için bildirim yapmayacağını, %93 (n=80)’ü konu ile ilgili yetkililere bildirim yapacağını, ebelerin tamamı (n=48) konu ile ilgili yetkililere bildirim yapacağını, tüm katılımcıların (N=178) ise %4,5 (n=8)’i emin olmadığı için bildirim yapmayacağını, %2,2 (n=4)’si nasıl bildirim yapacağını bilmediği için bildirim yapmayacağını, %93,3 (n=168)’ü konu ile ilgili yetkililere bildirim yapacağını belirtmiştir. “Çocuğun her şeye rağmen ailesinin yanında daha iyi olduğunu düşündüğüm için bildirim yapmam” ve “Diğer” seçeneklerini işaretleyen herhangi bir katılımcı olmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında çocuk ihmal ve istismarıyla ilgili deneyim ve yaklaşımları

		Doktor (n=44)		Hemşire (n=86)		Ebe (n=48)		Toplam (N=178)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Çalıştığınız kurumda “çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik herhangi bir talimat/prosedür var mı?	Evet	4	(9,1)	18	(20,9)	10	(20,8)	32	(18,0)
	Hayır	4	(9,1)	2	(2,3)	16	(33,3)	22	(12,4)
	Bilmiyorum	36	(81,8)	66	(76,7)	22	(45,8)	124	(69,7)
Mesleğinizi gerçekleştirirken çocuk ihmal ve/veya istismarı şüphesini göz önünde bulundurur musunuz?	Evet	42	(95,5)	86	(100)	48	(100)	176	(98,9)
	Hayır	2	(4,5)	-	(-)	-	(-)	2	(1,1)
Son bir yıl içerisinde herhangi bir çocuk ihmal ve/veya istismarından şüphelendiğiniz bir vaka ile karşılaştınız mı?	Evet	14	(30,4)	16	(18,6)	14	(29,2)	44	(24,7)
	Hayır	30	(68,2)	70	(81,4)	34	(70,8)	134	(75,3)

	Çocuğun her şeye rağmen ailesinin yanında daha iyi olduğunu düşündüğüm için bildirim yapmam	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)
Mesleğinizi gerçekleştirirken herhangi bir çocuk ihmali ve/veya istismarından şüphelenmeniz durumunda ne yaparsınız?	Emin olmadığım için bildirim yapmam	6	(13,6)	2	(2,3)	-	(-)	8	(4,5)
	Nasıl bildirim yapacağımı bilmediğim için bildirim yapmam	-	(-)	4	(4,7)	-	(-)	4	(2,2)
	Konu ile ilgili yetkililere bildirim yaparım	38	(86,4)	80	(93,0)	48	(100)	166	(93,3)

Araştırmaya katılan doktorların %13,6 (n=6)'sı “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda kendisini yeterli gördüğünü, %96,4 (n=38)'ü tanılama konusunda kendisini yeterli görmediğini, hemşirelerin %20,9 (n=18)'u “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda kendisini yeterli gördüğünü, %79,1 (n=68)'i tanılama konusunda kendisini yeterli görmediğini, ebelerin %29,2 (n=14)'si “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda kendisini yeterli gördüğünü, %70,8 (n=70,8)'i tanılama konusunda kendisini yeterli görmediğini ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının %21,3 (n=38)'ü “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda kendisini yeterli gördüğünü, %78,7 (n=140)'si “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda kendisini yeterli görmediğini belirtmiştir.

“Çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma isteği sorulan doktorların %81,8 (n=36)'i eğitim almak istediğini, %18,2 (n=8)'si eğitim almak istemediğini, hemşirelerin %90,7 (n=8)'si eğitim almak istediğini, %9,3 (n=8)'ü eğitim almak istemediğini, ebeleri tamamı (n=48) eğitim almak istediğini belirtmiş ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının %91 (n=162)'inin eğitim almak istediği, %9 (n=16)'unun eğitim almak istemediği belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili deneyim ve yaklaşımları

		Doktor (n=44)		Hemşire (n=86)		Ebe (n=48)		Toplam (N=178)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
“Çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılama konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Evet	6	(13,6)	18	(20,9)	14	(29,2)	38	(21,3)
	Hayır	38	(86,4)	68	(79,1)	34	(70,8)	140	(78,7)
“Çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim almak ister misiniz?	Evet	36	(81,8)	78	(90,7)	48	(100)	162	(91,0)
	Hayır	8	(18,2)	8	(9,3)	-	(-)	16	(9,0)

4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” Genel Ortalaması ve Alt Ölçek Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımı

Doktorların (n=44) genel ortalaması $3,99 \pm 0,31$, ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ortalaması $4,11 \pm 0,39$, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ortalaması $4,05 \pm 0,27$, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ortalaması $4,27 \pm 0,45$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ortalaması $3,76 \pm 0,50$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” ortalaması $3,51 \pm 0,43$, ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” ortalaması $4,07 \pm 0,49$ ’dir.

Hemşirelerin(n=86) genel ortalaması $3,86 \pm 0,38$, ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ortalaması $3,96 \pm 0,40$, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ortalaması $3,97 \pm 0,32$, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ortalaması $4,01 \pm 0,60$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ortalaması $3,67 \pm 0,54$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” ortalaması $3,42 \pm 0,55$, ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” ortalaması $3,90 \pm 0,66$ ’dir.

Ebelerin(n=48) genel ortalaması $3,77 \pm 0,30$, ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ortalaması $3,98 \pm 0,43$, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ortalaması $3,88 \pm 0,35$, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ortalaması $3,97 \pm 0,54$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ortalaması $3,48 \pm 0,59$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” ortalaması $3,35 \pm 0,39$, ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” ortalaması $3,62 \pm 0,59$ ’dir.

Genel olarak sağlık çalışanlarının (N=178) “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”den aldıkları genel ortalaması $3,87 \pm 0,35$, ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ortalaması $4,00 \pm 0,41$, ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ortalaması $3,96 \pm 0,32$ “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ortalaması $4,06 \pm 0,56$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ortalaması $3,64 \pm 0,55$, ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” ortalaması $3,47 \pm 0,48$, ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” ortalaması $3,87 \pm 0,62$ ’dür (Tablo 6).

Tablo 6: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek” genel ortalama puanı ve alt ölçek ortalamalarının mesleklere göre dağılımı

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Yönelik Ölçek”	3,99 (0,31)	3,86 (0,38)	3,77 (0,30)	3,87 (0,35)
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”	4,11 (0,39)	3,96 (0,40)	3,98 (0,43)	4,00 (0,41)
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	4,05 (0,27)	3,97 (0,32)	3,88 (0,35)	3,96 (0,32)
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,27 (0,45)	4,01 (0,60)	3,97 (0,54)	4,06 (0,56)
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,76 (0,50)	3,67 (0,54)	3,48 (0,59)	3,64 (0,55)
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,51 (0,43)	3,42 (0,55)	3,35 (0,39)	3,47 (0,48)
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”	4,07 (0,49)	3,90 (0,66)	3,62 (0,59)	3,87 (0,62)

4.1.4. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri ile Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının meslekleri ile “çocuk ihmal ve istismarı”nın belirti ve risklerini tanılama düzeyi arasındaki istatistiksel düzeyde anlamlı olan farklılıkları saptamak amacıyla “Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)” uygulanmıştır.

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”ten aldıkları genel ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 175) = 4,841, p=.009$). Meslekler arasında anlamlı bir fark bulunması üzerine hangi meslekler arasında genel ortalamalarının farklılaştığını test etmek amacıyla yapılan “post-hoc analizinde (Tukey)”, araştırmaya katılan doktorların ($\bar{x}=3.99, SS=0,31$) “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının ebelerden ($\bar{X}=3.77, SS=0,30$) anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek” genel ortalamalarının mesleklere göre karşılaştırıldığı “anova” sonuçları

N=178	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Doktor	44	3,99	0,31		
Hemşire	86	3,86	0,38	4,841	.009*
Ebe	48	3,77	0,30		

*p<.05

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 175) = 1,937, p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Sağlık çalışanlarının “istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” ortalamasının mesleklere göre karşılaştırıldığı “anova” sonuçları

N=178	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Doktor	44	4,11	0,39	1,937	.147
Hemşire	86	3,96	0,40		
Ebe	48	3,98	0,43		

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 175)=3,435, p=.034$). Meslekler arasında anlamlı bir fark bulunması üzerine hangi meslekler arasında alt ölçek ortalamalarının farklılaştığını test etmek amacıyla yapılan post-hoc analizinde (Tukey), araştırmaya katılan doktorların ($\bar{X}=4,05, SS=0.27$) “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” hakkındaki bilgi düzeylerinin ebelerden ($\bar{X}=3.88, SS=0.35$) anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Sağlık çalışanlarının “istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” ortalamasının mesleklere göre karşılaştırıldığı “anova” sonuçları

N=178	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Doktor	44	4,05	0,27		
Hemşire	86	3,97	0,32	3,435	.034*
Ebe	48	3,88	0,35		

*p<.05

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 175)=4,309$, $p=.015$). Meslekler arasında anlamlı bir fark bulunması üzerine hangi meslekler arasında alt ölçek ortalamalarının farklılaştığını test etmek amacıyla yapılan post-hoc analizinde (Tukey), araştırmaya katılan doktorların ($\bar{X}=4,27$, $SS=0,45$) “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”ne ilişkin bilgi düzeylerinin hemşirelerden ($\bar{X}=4,01$, $SS=0,60$) ve ebelerden ($\bar{X}=3,97$, $SS=0,54$) anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Sağlık çalışanlarının “ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri” ortalamasının mesleklere göre karşılaştırıldığı “anova” sonuçları

N=178	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Doktor	44	4,27	0,45		
Hemşire	86	4,01	0,60	4,309	.015*
Ebe	48	3,97	0,54		

*p<.05

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 175)=3,501$, $p=.050$). Meslekler arasında anlamlı bir fark bulunması üzerine hangi meslekler arasında alt ölçek ortalamalarının farklılaştığını test etmek amacıyla yapılan post-hoc analizinde (Tukey), araştırmaya katılan doktorların ($\bar{X}=3,76$, $SS=0,51$) “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”ne ilişkin bilgi düzeylerinin ebelerden ($\bar{X}=3,48$, $SS=0,59$) anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Sağlık çalışanlarının “İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” ortalamasının mesleklere göre karşılaştırıldığı “anova” sonuçları

N=178	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Doktor	44	3,76	0,51		
Hemşire	86	3,67	0,54	3,051	.050*
Ebe	48	3,48	0,59		

* $p<.05$

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 175) = 1,261$, $p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Sağlık çalışanlarının "istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri" ortalamasının mesleklere göre karşılaştırıldığı "anova" sonuçları

N=178	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Doktor	44	3,51	0,43	1,261	.286
Hemşire	86	3,42	0,55		
Ebe	48	3,35	0,39		

"Anova" analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının meslekleri (doktor, hemşire, ebe) ile "Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler" ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(2, 175)=6,418$, $p=.002$). Meslekler arasında anlamlı bir fark bulunması üzerine hangi meslekler arasında alt ölçek ortalamalarının farklılaştığını test etmek amacıyla yapılan post-hoc analizinde (Tukey), araştırmaya katılan ebelerin ($\bar{X}=3,62$, $SS=0,59$) "Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler"e ilişkin bilgi düzeylerinin doktorlardan ($\bar{X}=4,07$, $SS=0,49$) ve hemşirelerden ($\bar{X}=3,90$, $SS=0,66$) anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Sağlık çalışanlarının "çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler" ortalamasının mesleklere göre karşılaştırıldığı "anova" sonuçları

N=178	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Doktor	44	4,07	0,49	.002*	6,418
Hemşire	86	3,90	0,66		
Ebe	48	3,62	0,59		

* $p<.005$

4.1.5. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

4.1.5.1. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyeti ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için “t-test” uygulanmıştır. “t-test” analizine ilişkin veriler aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 14’te verilmektedir. Bu sonuçlara göre; “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğinde katılımcıların cinsiyetleri arasında herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır ($t(176) = -0,425, p=0,671$). Ancak “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili genel farkındalık düzeyi ve diğer alt ölçeklerde cinsiyetlere göre farklılaşma gözlemlenmektedir. Erkeklerin genel farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.22$ $SS=0.4$), kadınlardan ($\bar{X}=3.84$, $SS=0.33$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -4,078$, $p=.000$). Erkeklerin “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.38$ $SS=0.31$), kadınlardan ($\bar{X}=3.97$ $SS=0.4$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -3,783$, $p=.000$). Erkeklerin “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.19$ $SS=0.39$), kadınlardan ($\bar{X}=3.95$ $SS=0.31$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,739$, $p=.007$). Erkeklerin “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.53$ $SS=0.51$), kadınlardan ($\bar{X}=4,02$ $SS=0.55$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -3,349$, $p=.001$). Erkeklerin “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.02$ $SS=0.74$), kadınlardan ($\bar{X}=3,60$ $SS=0.52$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,787$, $p=.006$). Erkeklerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.46$ $SS=0.48$), kadınlardan ($\bar{X}=3,81$ $SS=0.61$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -3,911$, $p=.000$) (Tablo 14).

Tablo 14: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Kadın (n=164) $\bar{X}$ (SS)	Erkek (n=14) $\bar{X}$ (SS)	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,84 (0,33)	4,22 (0,40)	-4,078	0,000**
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	3,97 (0,40)	4,38 (0,31)	-3,783	0,000**
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocukta Davranışsal Belirtiler”	3,95 (0,31)	4,19 (0,39)	-2,739	0,007*
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,02 (0,55)	4,53 (0,51)	-3,349	0,001**
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,60 (0,52)	4,02 (0,74)	-2,787	0,006*
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,42 (0,48)	3,48 (0,57)	-0,425	0,671
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,81 (0,61)	4,46 (0,48)	-3,911	0,000**

**p<.001, *p<.01

4.1.5.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşı ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının yaş değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 15’de verilmektedir. Bu sonuçlara göre; 31 yaş ve üstündeki katılımcıların “Çocuk İstismarına İlişkin Çocukta Davranışsal Belirtiler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}$ =4,05 SS=0.30), 30 yaş ve altındaki katılımcılarda

($\bar{X}=3,92$ $SS=0,32$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176)=-2,665$, $p=.008$). Ancak katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve diğer alt ölçek boyutlarında yaş değişkenine göre herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının yaşa göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	30 yaş ve altı (n=115) $\bar{X}$ (ss)	31 yaş ve üstü (n=63) $\bar{X}$ (ss)	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,84 (0,35)	3,91 (0,35)	1,282	0,201
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	3,96 (0,40)	4,08 (0,41)	1,809	0,72
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,92 (0,32)	4,05 (0,30)	2,665	0,008*
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,01 (0,57)	4,16 (0,52)	1,721	0,087
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,64 (0,53)	3,63 (0,60)	0,109	0,913
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,40 (0,50)	3,46 (0,46)	0,809	0,420
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,90 (0,53)	3,81 (0,76)	0,853	0,396

* $p<.05$

4.1.5.3. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının medeni durum değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 16’da verilmektedir. Bu sonuçlara göre; bekar katılımcıların “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3.53$ $SS=0.45$), evlilerden ($\bar{X}=3,34$ $SS=0.49$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176)=-2,681$, $p=.008$). Ancak katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve diğer alt ölçek boyutlarında medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 16: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evli (n=98) $\bar{X}$ (ss)	Bekar (n=80) $\bar{X}$ (ss)	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,85 (0,37)	3,89 (0,33)	0,834	0,405
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”	3,99 (0,43)	4,02 (0,38)	0,452	0,652
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,98 (0,35)	3,95 (0,28)	0,619	0,537
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,05 (0,59)	4,09 (0,52)	0,463	0,644
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,61 (0,51)	3,66 (0,60)	0,582	0,562
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,34 (0,49)	3,53 (0,45)	2,681	0,008*
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”	3,81 (0,66)	3,93 (0,57)	1,163	0,246

* $p<.05$

4.1.5.4. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 17’de verilmektedir. Bu sonuçlara göre; çocuk sahibi olan katılımcıların ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” hakkındaki farkındalık düzeyi $\bar{X}=4,03$ $SS=0.34$), çocuk sahibi olmayan katılımcılardan ($\bar{X}=3,93$ $SS=0.30$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = 2,007$, $p=.046$). Ancak katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve diğer alt ölçek boyutlarında çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 17: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evet (n=62) $\bar{X} \pm ss$	Hayır (n=116) $\bar{X} \pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,89±0,36	3,85±0,35	0,649	0,517
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	4,06±0,42	3,97±0,40	1,424	0,156
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	4,03±0,34	3,93±0,30	2,007	0,046*
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,08±0,57	4,06±0,55	0,246	0,806
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,65±0,62	3,63±0,51	0,165	0,869
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,35±0,50	3,46±0,47	1,490	0,138
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,83±0,66	3,89±0,60	0,605	0,546

*p<.05

4.1.5.5. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Dönemi Süresince Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim Alma Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının öğrenimleri süresince “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 18’de verilmektedir. Bu sonuçlara göre; öğrenimleri süresince “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” hakkındaki farkındalık düzeyi

($\bar{X}=4,02$ $SS=0.35$), eğitim alan katılımcılardan ($\bar{X}=3,93$ $SS=0.30$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,030$, $p=.04$). Ayrıca; öğrenimleri süresince “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4,17$ $SS=0.53$), eğitim alan katılımcılardan ($\bar{X}=3,99$ $SS=0.53$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,082$, $p=.039$). Ancak katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve diğer alt ölçek boyutlarında öğrenimleri süresince “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 18: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının öğrenim dönemi süresince çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim alma durumuna göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evet (n=108) $\bar{X}\pm ss$	Hayır n(=70) $\bar{X}\pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,83±0,36	3,92±0,34	-1,551	0,123
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	3,98±0,41	4,04±3,97	-0,983	0,327
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,93±0,30	4,02±0,35	-2,030	0,044*
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	3,99±0,57	4,17±0,53	-2,082	0,039*
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,61±0,53	3,68±0,59	-0,877	0,382
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,42±0,52	3,43±0,44	-0,224	0,823
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,83±0,66	3,89±0,60	-0,605	0,546

* $p<.05$

4.1.5.6. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Yaşamlarında Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim Alma Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 19’da verilmektedir. Bu sonuçlara göre; mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların genel farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3,88$ $SS=0.35$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=3,34$ $SS=0.15$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -3,084$, $p=.002$). Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.01$ $SS=0.41$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=3,74$ $SS=0.06$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(12,351) = -6,232$, $p=.000$). Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3,97$ $SS=0.32$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=3,80$ $SS=0.05$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(9,696) = -4,670$, $p=.001$). Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim almayan katılımcıların “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.08$ $SS=0.55$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=3,21$ $SS=0.08$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(12,022) = -14,835$, $p=.000$). Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3,65$ $SS=0.54$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=2,92$ $SS=0.58$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,675$, $p=.008$). Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3,43$ $SS=0.48$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=2,92$ $SS=0.10$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,136$, $p=.000$). Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3,89$ $SS=0.60$), eğitim alanlardan ($\bar{X}=2,62$ $SS=0.14$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -4,230$, $p=.000$).

Tablo 19: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının mesleki yaşamlarında çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim alma durumuna göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evet (n=4) $\bar{X} \pm ss$	Hayır (n=174) $\bar{X} \pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,34±0,15	3,88±0,35	-3,084	0,002*
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	3,74±0,06	4,01±0,41	-6,232	0,000**
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,80±0,05	3,97±0,32	-4,607	0,001*
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	3,21±0,08	4,08±0,55	-14,835	0,000**
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	2,92±0,58	3,65±0,54	-2,675	0,008*
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	2,92±0,10	3,43±0,48	-2,136	0,000**
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	2,62±0,14	3,89±0,60	-4,230	0,000**

**p<.001, *p<.05

4.1.5.7. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarını Tanılamada Kendilerini Yeterli Görme Durumu ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılamada kendilerini yeterli görme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 20’de verilmektedir. Bu sonuçlara göre; “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılamada kendilerini yeterli gören katılımcıların “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel

Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4,14$ $SS=0,35$), kendilerini bu konuda yeterli görmeyen katılımcılardan ($\bar{X}=3,96$ $SS=0,41$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = 2,360$, $p=.019$). Ancak katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve diğer alt ölçek boyutlarında yaş değişkenine göre herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 20: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının çocuk ihmal ve istismarını tanılamada kendilerini yeterli görme durumuna göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evet (n=38) $\bar{X} \pm ss$	Hayır (n=140) $\bar{X} \pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,86±0,33	3,87±0,36	-0,029	0,977
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”	4,14±0,35	3,96±0,41	2,360	0,019*
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri”	4,03±0,30	3,95±0,32	1,455	0,147
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	3,88±0,67	4,11±0,51	-1,996	0,051
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,53±0,61	3,67±0,53	-1,379	0,170
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,32±0,47	3,45±0,48	-1,547	0,124
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,81±0,67	3,88±0,61	-0,626	0,606

*p<.05

4.1.5.8. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim Alma İsteği ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim alma isteği değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 21’de verilmektedir. Bu sonuçlara göre; “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almak istemeyen katılımcıların genel farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4,15$ $SS=0.35$), eğitim almak isteyenlerden ($\bar{X}=3,84$ $SS=0.34$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -3,433$, $p=.001$). “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almak istemeyen katılımcıların “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4.27$ $SS=0.40$), eğitim almak isteyenlerden ($\bar{X}=3,98$ $SS=0.40$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,808$, $p=.006$). “Çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almak istemeyen katılımcıların “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4,26$ $SS=0.30$), eğitim almak isteyenlerden ($\bar{X}=3,94$ $SS=0.31$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -4,005$, $p=.000$). “Çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almak istemeyen katılımcıların yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=3,97$ $SS=0.48$), eğitim almak isteyenlerden ($\bar{X}=3,60$ $SS=0.55$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,564$, $p=.011$). “Çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almak istemeyen katılımcıların yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı”yla ilgili eğitim almayan katılımcıların “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” hakkındaki farkındalık düzeyi ($\bar{X}=4,22$ $SS=0.45$), eğitim almak isteyenlerden ($\bar{X}=3,83$ $SS=0.63$) anlamlı düzeyde yüksektir ($t(176) = -2,421$, $p=.016$). Ancak katılımcıların “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ve “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” hakkındaki farkındalık düzeylerinde eğitim alma isteği değişkenine göre herhangi bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 21: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim alma isteğine göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evet (n=162) $\bar{X} \pm ss$	Hayır (n=16) $\bar{X} \pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,84±0,34	4,15±0,35	-3,433	0,001*
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	3,98±0,40	4,27±0,40	-2,808	0,006*
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,94±0,31	4,26±0,30	-4,005	0,000*
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,04±0,56	4,32±0,52	-1,947	0,053
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,60±0,55	3,97±0,48	-2,564	0,011*
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,41±0,49	3,52±0,46	-0,844	0,400
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,83±0,63	4,22±0,45	-2,421	0,016*

*p<.05

4.1.5.9. Sağlık Çalışanlarının Son Bir Yılda Çocuk İhmal ve İstismarı Vakası İle Karşılaşma Durumu İsteği ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının son bir yılda “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaşma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 22’de verilmektedir. Bu sonuçlara göre; katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve diğer alt ölçek boyutlarında son bir yılda “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaşma durumuna göre herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 22: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek “ortalamalarının son bir yılda çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaşma durumuna göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	Evet (n=44) $\bar{X} \pm ss$	Hayır (n=134) $\bar{X} \pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek”	3,91±0,37	3,85±0,34	0,863	0,389
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	4,10±0,38	3,97±0,41	1,863	0,064
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,96±0,31	3,97±0,33	-0,064	0,949
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,17±0,64	4,03±0,53	1,437	0,153
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,60±0,51	3,65±0,57	-0,462	0,645
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,49±0,50	3,40±0,48	1,092	0,276
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,87±0,71	3,86±0,59	0,110	0,904

4.1.5.10. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Deneyim Süresi ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının mesleki deneyim süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek için uygulanan “bağımsız gruplar t-testi” sonuçları Tablo 23’te verilmektedir. Bu sonuçlara göre; katılımcıların “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin genel farkındalık düzeylerinde ve hiçbir alt ölçek boyutlarında mesleki deneyime göre herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$).

Tablo 23: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek” ortalamalarının mesleki deneyim süresine göre karşılaştırıldığı “t-test” sonuçları

N=178	4 Yıl ve altı (n=93) $\bar{X} \pm ss$	5 Yıl ve üstü (n=85) $\bar{X} \pm ss$	t	p
“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek”	3,84±0,35	3,89±0,36	-0,925	0,356
“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtiler”	3,95±0,41	4,06±0,40	-1,756	0,081
“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”	3,92±0,32	4,01±0,32	-1,757	0,081
“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”	4,03±0,52	4,10±0,60	-0,836	0,404
“İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”	3,65±0,51	3,63±0,60	0,236	0,813
“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”	3,41±0,52	3,44±0,45	-0,472	0,638
“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri”	3,89±0,51	3,83±0,72	0,643	0,521

4.1.5.11. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Kurumdaki Prosedür/Talimat Hakkındaki Bilgi Durumları ile Çocuk İhmal ve İstismarı Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

“Anova” analizi sonucuna göre sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumdaki prosedür/talimat hakkındaki bilgi durumları ile “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(2, 175)=1,593, p=.226$) (Tablo 24).

Tablo 24: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek” ortalamalarının çalıştıkları kurumdaki prosedür/talimat hakkındaki bilgi durumlarına göre karşılaştırıldığı “anova” sonuçları

N=178	n	$\bar{x}$	SS	F	p
Evet	32	3,96	0,35	1,593	.206
Hayır	22	3,80	0,39		
Bilmiyorum	124	3,86	0,34		

* $p<.005$

4.1.6. Sağlık Çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” Sorularından Aldıkları Puanların Ortalamaları

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında en fazla bilgi eksikliğinin bulunduğu soruları belirlemek amacıyla alt ölçeklere ait sorulara katılımcıların mesleklere göre ve genel olarak her bir sorudan aldıkları ortalama puanlar incelenmiştir. Ölçeğe ait sorulara verilen yanıtların ortalamaları aşağıdaki tablolarda verilmektedir.

4.1.6.1. Sağlık Çalışanlarının “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” Soruları Ortalama Puanları

Tablo 25’te sağlık çalışanlarının “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”ne ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan aldıkları puanların ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeğine ait sorulardan en düşük ortalamasına sahip sorular şu şekildedir; “Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz” şeklindeki 3. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=3,73$ $SS=1,40$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=3,21$ $SS=1,24$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=3,04$ $SS=1,52$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,29$ $SS=1,38$ olarak belirlenmiştir. “Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür” şeklindeki 5. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=2,68$ $SS=1,16$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=2,58$ $SS=0,90$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=2,79$ $SS=1,01$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=2,66$ $SS=0,99$ olarak belirlenmiştir. “Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir” şeklindeki 8. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=3,45$ $SS=1,20$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=2,74$ $SS=0,92$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=3,00$ $SS=0,92$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=2,99$ $SS=1,61$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeğine ait sorulardan en yüksek puan aldığı soru “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir” şeklindeki 15. soru olduğu belirlenmiştir. İlgili soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=4,82$ $SS=0,39$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=4,56$ $SS=0,62$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=4,67$ $SS=0,56$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=4,65$ $SS=0,56$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 25: Sağlık çalışanlarının “istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” soruları ortalama puanları

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak başı izleri fiziksel istismarın belirtileridir.”	4,50 (0,73)	4,44 (0,62)	4,37 (0,81)	4,44 (0,70)
“2.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.”	4,00 (0,96)	4,07 (0,85)	3,79 (1,09)	3,98 (0,95)
“3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.”	3,73 (1,40)	3,21 (1,24)	3,04 (1,53)	3,29 (1,38)
“4.Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.”	3,55 (1,09)	3,56 (0,95)	3,67 (0,86)	3,58 (0,96)
“5.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.”	2,68 (1,16)	2,58 (0,90)	2,79 (1,01)	2,66 (0,99)
“6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.”	4,09 (0,74)	3,77 (0,84)	3,92 (0,87)	3,89 (0,83)
“7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.”	4,23 (0,91)	4,19 (0,79)	4,12 (0,89)	4,18 (0,84)
“8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.”	3,45 (1,21)	2,74 (0,99)	3,00 (0,92)	2,99 (1,07)
“9.Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.”	4,27 (0,69)	3,70 (0,88)	3,92 (0,87)	3,90 (0,86)
“10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.”	4,09 (0,80)	3,86 (0,83)	3,96 (0,85)	3,94 (0,83)
“11.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.”	3,91 (0,60)	3,91 (0,81)	3,62 (0,81)	3,83 (0,77)

“12.İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.”	4,45 (0,73)	4,35 (0,78)	4,17 (0,86)	4,33 (0,79)
“13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.”	4,64 (0,49)	4,37 (0,84)	4,50 (0,58)	4,47 (0,71)
“15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.”	4,82 (0,39)	4,56 (0,62)	4,67 (0,56)	4,65 (0,56)
“16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.”	4,41 (0,95)	4,53 (0,66)	4,29 (0,80)	4,44 (0,78)
“17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.”	3,59 (1,17)	3,77 (1,10)	3,96 (0,90)	3,78 (1,07)
“18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.”	4,77 (0,42)	4,72 (0,50)	4,62 (0,57)	4,71 (0,50)
“19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.”	4,36 (1,04)	4,49 (0,76)	4,54 (0,82)	4,47 (0,85)
“20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.”	4,45 (0,73)	4,44 (0,85)	4,67 (0,63)	4,51 (0,77)

4.1.6.2. Sağlık çalışanlarının “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” Soruları Ortalama Puanları

Tablo 26’da sağlık çalışanlarının istismarın ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”e ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan aldıkları puanların ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre istismarın ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”i alt ölçeğine ait sorulardan en düşük ortalamasına sahip sorular şu şekildedir; “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler” şeklindeki 29. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=2,86$ $SS=1,23$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=3,21$ $SS=0,98$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=2,83$ $SS=1,08$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,02$ $SS=1,08$ olarak belirlenmiştir. “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağır verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” şeklindeki 32. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=1,86$ $SS=1,11$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=1,49$ $SS=0,73$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=1,83$ $SS=0,81$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=1,67$ $SS=0,87$ olarak belirlenmiştir. “İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır” şeklindeki 34. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=3,95$ $SS=0,64$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=3,05$ $SS=1,15$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=3,17$ $SS=1,15$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,30$ $SS=1,11$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” i alt ölçeğine ait sorulardan en yüksek puan aldığı sorunun “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.” şeklindeki 30. soru olduğu belirlenmiştir. İlgili soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=4,86$ $SS=0,35$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=4,86$ $SS=0,35$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=4,75$ $SS=0,44$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=4,83$ $SS=0,37$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 26: Sağlık çalışanlarının ”çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler” soruları ortalama puanları

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.”	3,64 (1,12)	3,77 (1,12)	3,88 (0,79)	3,76 (1,04)
“28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.”	4,77 (0,42)	4,65 (0,68)	4,58 (0,71)	4,66 (0,64)
“29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.”	2,86 (1,23)	3,21 (0,98)	2,83 (1,08)	3,02 (1,08)
“30.İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.”	4,86 (0,35)	4,86 (0,35)	4,75 (0,43)	4,83 (0,37)
“31.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.”	4,59 (0,50)	4,67 (0,64)	4,54 (0,50)	4,62 (0,57)
“32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.”	1,86 (1,11)	1,49 (0,73)	1,83 (0,81)	1,67 (0,87)
“33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.”	4,23 (0,80)	3,98 (0,91)	4,08 (0,87)	4,07 (0,87)
“34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.”	3,95 (0,64)	3,05 (1,15)	3,17 (1,15)	3,30 (1,11)
“35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.”	4,41 (0,50)	4,58 (0,62)	4,42 (0,58)	4,49 (0,58)
“36.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.”	4,45 (0,50)	4,51 (0,59)	4,25 (0,67)	4,43 (0,60)

“37.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.”	3,50 (1,00)	3,49 (0,98)	3,50 (0,87)	3,49 (0,95)
“38.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.”	4,27 (0,69)	4,14 (0,77)	3,71 (0,80)	4,06 (0,79)
“39.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	4,23 (0,52)	4,21 (0,67)	3,69 (0,88)	4,07 (0,74)
“40.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.”	4,48 (0,50)	4,41 (0,54)	4,52 (0,50)	4,46 (0,52)
“67.Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.”	4,64 (0,49)	4,53 (0,59)	4,42 (0,71)	4,53 (0,60)

4.1.6.3. Sağlık Çalışanlarının “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” Soruları Ortalama Puanları

Tablo 27’de sağlık çalışanlarının “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”ne ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan aldıkları puanların ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre ”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğine ait sorulardan en düşük ortalamasına sahip soru “Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir” şeklindeki 27. sorudur. Bu soruya verilen yanıtlara göre doktorların ortalaması $\bar{X}=4,09$ $SS=0,86$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=3,51$ $SS=1,23$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=3,33$ $SS=1,36$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,61$ $SS=1,22$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların ”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğine ait sorulardan en yüksek puan aldığı sorunun “Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir” şeklindeki 26. soru olduğu belirlenmiştir. İlgili soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=4,73$ $SS=0,45$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=4,58$ $SS=0,58$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=4,62$ $SS=0,49$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=4,63$ $SS=0,53$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 27: Sağlık çalışanlarının “ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri” soruları ortalama puanları

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“21.Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.”	3,73 (1,11)	3,86 (0,93)	3,50 (1,13)	3,73 (1,04)
“22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.”	4,36 (0,78)	4,12 (0,90)	4,21 (0,97)	4,20 (0,89)
“23.Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.”	4,50 (0,59)	4,28 (0,85)	4,46 (0,58)	4,38 (0,73)
“24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.”	4,00 (1,01)	3,79 (1,03)	3,75 (1,02)	3,83 (1,02)
“25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.”	4,50 (0,51)	3,93 (1,05)	3,92 (1,05)	4,07 (0,97)
“26.Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir	4,73 (0,45)	4,58 (0,58)	4,62 (0,49)	4,63 (0,53)
“27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.”	4,09 (0,86)	3,51 (1,23)	3,33 (1,36)	3,61 (1,22)

4.1.6.4. Sağlık çalışanlarının "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri" Soruları Ortalama Puanları

Tablo 28’de sağlık çalışanlarının "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri"ne ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan aldıkları puanların ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri" alt ölçeğine ait sorulardan en düşük ortalamasına sahip sorular şu şekildedir; "Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar" şeklindeki 42. Soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=3,55$ $SS=0,85$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=2,84$ $SS=1,01$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=2,87$ $SS=1,14$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,02$ $SS=1,05$ olarak belirlenmiştir. "Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler" şeklindeki 50. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=3,23$ $SS=1,14$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=3,49$ $SS=1,18$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=2,79$ $SS=0,97$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,24$ $SS=1,145$ olarak belirlenmiştir. "Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler." şeklindeki 55. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=2,81$ $SS=1,04$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=2,67$ $SS=1,18$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=2,75$ $SS=1,18$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=2,73$ $SS=1,14$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri" alt ölçeğine ait sorulardan en yüksek puan aldığı sorunun "Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir" şeklindeki 48. soru olduğu belirlenmiştir. İlgili soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=4,64$ $SS=0,49$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=4,58$ $SS=0,69$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=4,42$ $SS=0,77$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=4,55$ $SS=0,67$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 28: Sağlık çalışanlarının “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” soruları ortalama puanları

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.”	3,55 (0,85)	2,84 (1,02)	2,87 (1,14)	3,02 (1,05)
“43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.”	3,59 (1,09)	3,35 (0,78)	3,37 (0,92)	3,42 (0,90)
“44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.”	4,05 (0,65)	3,88 (0,82)	3,67 (0,91)	3,87 (0,81)
“45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.”	3,95 (0,99)	3,98 (0,91)	3,58 (0,92)	3,87 (0,94)
“46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.”	4,18 (0,58)	4,07 (0,83)	3,67 (1,26)	3,99 (0,93)
“47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.”	3,86 (0,98)	3,67 (0,89)	3,71 (0,99)	3,73 (0,93)
“48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.”	4,64 (0,49)	4,58 (0,69)	4,42 (0,77)	4,55 (0,67)
“49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.”	4,50 (0,67)	4,19 (0,91)	4,29 (0,62)	4,29 (0,78)
“50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.”	3,23 (1,14)	3,49 (1,18)	2,79 (0,97)	3,24 (1,15)
“55. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.”	2,81 (1,04)	2,67 (1,18)	2,75 (1,18)	2,73 (1,14)
“60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.”	3,50 (1,00)	3,63 (1,11)	3,50 (0,97)	3,56 (1,04)
“66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.”	3,23 (0,96)	3,56 (0,93)	3,17 (1,04)	3,37 (0,98)

4.1.6.5. Sağlık Çalışanlarının İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri Soruları Ortalama Puanları

Tablo 29’da sağlık çalışanlarının ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”ne ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan aldıkları puanların ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğine ait sorulardan en düşük ortalamasına sahip sorular şu şekildedir; “Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.” şeklindeki 52. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=3,14$ $SS=1,37$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=2,84$ $SS=1,42$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=3,17$ $SS=1,51$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=3,00$ $SS=1,43$ olarak belirlenmiştir. “Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.” şeklindeki 56. soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=2,91$ $SS=1,14$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=2,60$ $SS=1,17$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=2,62$ $SS=1,00$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=2,69$ $SS=1,12$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğine ait sorulardan en yüksek puan aldığı sorunun “Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır” şeklindeki 41. soru olduğu belirlenmiştir. İlgili soruda doktorların ortalaması $\bar{X}=4,18$ $SS=0,66$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=4,23$ $SS=0,94$, ebelerin ortalaması $\bar{X}=4,33$ $SS=0,91$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X}=4,25$ $SS=0,69$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 29: Sağlık çalışanlarının “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” soruları ortalama puanları

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.”	4,18 (0,66)	4,23 (0,94)	4,33 (0,91)	4,25 (0,87)
“51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.”	3,64 (0,99)	3,60 (1,02)	3,08 (0,92)	3,47 (1,01)
“52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.”	3,14 (1,37)	2,84 (1,42)	3,17 (1,51)	3,00 (1,43)
“53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.”	3,18 (1,04)	3,19 (1,09)	2,79 (1,09)	3,08 (1,09)
“54. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.”	4,00 (1,29)	4,07 (0,96)	4,08 (0,96)	4,06 (1,05)
“56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.”	2,91 (1,14)	2,60 (1,17)	2,62 (1,00)	2,69 (1,12)

4.1.6.6. Sağlık Çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” Soruları Ortalama Puanları

Tablo 30’da sağlık çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”e ilişkin bilgi düzeylerini ölçen sorulardan aldıkları puanların ortalamalarına yer verilmiştir. Buna göre ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeğine ait sorulardan en düşük ortalamasına sahip sorular şu şekildedir; “Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir” şeklindeki 58. soruda doktorların ortalaması $\bar{X} = 3,59$ $SS = 1,08$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X} = 3,70$ $SS = 1,12$, ebelerin ortalaması $\bar{X} = 2,92$ $SS = 1,09$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X} = 3,46$ $SS = 1,14$ olarak belirlenmiştir. “Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir” şeklindeki 61. soruda doktorların ortalaması $\bar{X} = 3,86$ $SS = 0,82$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X} = 3,53$ $SS = 1,15$, ebelerin ortalaması $\bar{X} = 2,62$ $SS = 1,04$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X} = 3,62$ $SS = 1,07$ olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeğine ait sorulardan en yüksek puan aldığı sorunun “Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz” şeklindeki 63. soru olduğu belirlenmiştir. İlgili soruda doktorların ortalaması $\bar{X} = 4,45$ $SS = 0,50$, hemşirelerin ortalaması $\bar{X} = 4,26$ $SS = 0,79$, ebelerin ortalaması $\bar{X} = 4,37$ $SS = 0,64$ ve araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının aynı sorudaki ortalamaları $\bar{X} = 4,34$ $SS = 0,69$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 30: Sağlık çalışanlarının “çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler” soruları ortalama puanları

	Doktor (n=44) $\bar{X}$ (ss)	Hemşire (n=86) $\bar{X}$ (ss)	Ebe (n=48) $\bar{X}$ (ss)	Toplam (N=178) $\bar{X}$ (ss)
“57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.”	3,86 (0,82)	3,88 (0,98)	3,42 (1,09)	3,75 (0,99)
“58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.”	3,59 (1,09)	3,70 (1,12)	2,92 (1,09)	3,46 (1,15)
“59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.”	3,86 (0,70)	3,70 (0,96)	3,25 (1,10)	3,62 (0,97)
“61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.”	3,86 (0,82)	3,53 (1,16)	3,17 (1,04)	3,62 (1,07)
“62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmal için bir risktir.”	3,95 (0,89)	3,60 (1,02)	3,75 (1,02)	3,73 (0,99)
“63. Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.”	4,45 (0,50)	4,26 (0,79)	4,37 (0,64)	4,34 (0,69)
“64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.”	4,55 (0,59)	4,14 (0,80)	4,21 (0,71)	4,26 (0,74)
“65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.”	4,41 (0,58)	4,35 (0,94)	3,92 (1,13)	4,25 (0,94)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeylerini belirlemektir. Ayrıca bu araştırmada, sağlık çalışanlarının meslek, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumu, mesleğini gerçekleştirdiği esnadaki “çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik tutumları ve deneyimleri açısından “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Bu amaçla araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” genel ortalaması ve alt ölçek ortalamaları ile katılımcıların tanımlayıcı bilgileri (meslek, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumu, mesleğini gerçekleştirdiği esnadaki tutumları) arasındaki ilişki test edilmiştir. Tartışma bölümünde araştırma bulguları, araştırmanın hipotezleri ve konu hakkındaki literatür çerçevesinde tartışılmakta ve bu kapsamda öneriler sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında bilgi eksikliklerinin bulunduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Uysal (1998) tarafından hemşire ve ebelere, Kaptan (2017) tarafından ise doktor ve hemşirelere yönelik yapılan araştırmalarda da sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında bilgi eksikliklerinin bulunduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının genel farkındalık düzeyi açısından araştırmamızın sonuçlarının geçmişte aynı konuda yapılan araştırmalarla benzerlik gösterdiği ve “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki bilgi eksikliklerinin bulunduğu belirlenmiştir. Bu nedenle “çocuk ihmal ve istismarı” konusunda gerçekleştirilecek eğitimlerin sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılmasında etkili olacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalık düzeyi ve ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” , “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” , “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” , ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” , ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”e ilişkin farkındalık düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği

belirlenmiştir. Genel ölçek ve belirtilen alt ölçeklerde erkek sağlık çalışanlarının farkındalık düzeylerinin kadın sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 14). Benzer araştırmalarda cinsiyetlere göre herhangi bir farklılık gözlenmemiştir (Uysal, 1998; Kocaer, 2006; Kamiloğlu, 2018). Bu durumun nedeni olarak araştırmaya katılan toplam erkek sağlık çalışanlarının tamamına yakınının doktor olması ve bu çalışmada mesleklere göre genel farkındalık düzeyinde ve alt ölçeklerinde elde edilen bulgulara doktorların farkındalık düzeylerinin hemşire ve ebelerden anlamlı düzeyde daha yüksek olmasının etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan 31 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının "Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler"e ilişkin farkındalık düzeylerinin 30 yaş ve altındakilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ancak genel farkındalık düzeyi ve diğer alt ölçeklerde anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 15). Kaptan (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik yapılan araştırmada yalnız "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri"ne ilişkin farkındalık düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuş, hekim ve hemşirelerde yaşa göre genel ortalama ve diğer alt ölçekler açısından farkındalık düzeyinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Medeni duruma göre sağlık çalışanları arasında "İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri" alt ölçeği açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Buna göre bekar sağlık çalışanlarının "İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri"ne ilişkin farkındalık düzeyi evli sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre genel farkındalık düzeyi ve diğer alt ölçekler açısından ise herhangi bir anlamlı farklılık gözlenmemiştir (Tablo 16). Uysal(1998) tarafından yapılan araştırmada da medeni duruma göre genel farkındalık düzeyi açısından herhangi bir farklılık gözlenmemiştir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre sağlık çalışanları arasında "Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler" alt ölçeği açısından anlamlı düzeyde yüksek farklılık bulunmuştur. Buna göre çocuğu olan sağlık çalışanlarının "Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler"e ilişkin farkındalık düzeyi çocuğu bulunmayan sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Bilgiç (2015) tarafından aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarına yönelik araştırmada ise çocuk sahibi olma durumu ile farkındalık düzeyi arasında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Öğrenim dönemi süresince sağlık çalışanları arasında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alanların çoğunluğu aldıkları eğitimin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları arasında öğrenim döneminde bu konuda doktorların hemşire ve ebelerle göre düşük oranda, ebelerin ise diğer branşlara göre yüksek oranda eğitim aldıkları saptanmıştır. Kocaer (2006)’ in araştırmasında doktorların hemşirelerden daha düşük oranda ve Bilgiç (2015) tarafından yapılan araştırmada ise ebelerin hemşirelerden daha yüksek oranda öğrenim dönemlerinde eğitim alma oranına sahip olduğu ortaya konulmuştur.

Öğrenim dönemi sürecinde “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim alma durumuna göre sağlık çalışanları arasında ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ve ”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçekleri açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. “Çocuk ihmal ve istismarı” hakkında öğrenim dönemleri sürecinde eğitim almayan sağlık çalışanlarının ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ve ”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”ne ilişkin farkındalık düzeyleri aynı dönemde eğitim aldığını belirten sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Bu durumun nedeni olarak öğrenim döneminde “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili verilen eğitimlerin yetersiz olduğu değerlendirilmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun öğrenim döneminde aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu eğitimlerin faydalanıcıları tarafından ortaya konulmaktadır.

Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında tüm katılımcıların tamamına yakını eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitime katılan hemşirelerin tamamı aldıkları eğitimin kendileri açısından yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Bilgiç (2015) tarafından yapılan çalışmada da sağlık çalışanlarının düşük oranda mesleki yaşamlarında bu konuda eğitim aldıkları bulunmuştur. Bununla birlikte araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının mesleki yaşamlarında diğer sağlık çalışanlarına göre daha düşük oranda “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki eğitime katıldığı saptanmıştır.

“Çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılamada kendilerini yeterli görme durumuna göre sağlık çalışanları arasında ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeği açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. “Çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılamada kendilerini yeterli görmeyen sağlık çalışanlarının ”İstismarın Çocuk

Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”ne ilişkin farkındalık düzeyi kendisini “çocuk ihmal ve istismarı”nı tanılamada yeterli gören sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 20). Bu sonuç sağlık çalışanlarının çocuk ihmalinin fiziksel belirtileri konusunda bilgi eksikliklerinin olduğunu ve tanılama konusunda yanılabilirliklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yüksek oranda “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitime katılmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 5). Benzer şekilde Gölge ve Ark. (2012) tarafından yapılan araştırmada da sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim alma isteğinin yüksek olduğu belirtilmektedir. “Çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki eğitim alma isteğine göre sağlık çalışanları arasında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalık düzeyi ve ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçekleri açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında eğitim almak istemeyen sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalık düzeyi ve ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”ne ilişkin farkındalık düzeyleri bu konuda eğitim almak isteyen sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu son bir yıl içinde “çocuk ihmal ve istismarı” vakasıyla karşılaşmadığını belirtmişlerdir, benzer şekilde Kaptan (2017) tarafından yapılan araştırmada da sağlık çalışanlarının çoğunluğu son bir yıl içinde bu tür vaka ile karşılaşmadığını belirtmiştir. Son bir yılda “çocuk ihmal ve istismarı” vakasıyla karşılaşma durumuna göre sağlık çalışanları arasında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalık düzeyi ve alt ölçekleri açısından herhangi bir anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir (Tablo 21).

Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun çalıştığı kurumda “çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik herhangi bir talimat/prosedür varlığına ilişkin yüksek oranda bilgi sahibi olmadıkları bulunmuştur (Tablo 4). Benzer şekilde doktor ve hemşirelere yönelik yapılan bir araştırmada da sağlık çalışanlarının büyük kısmının çalıştıkları kurumda “çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik talimat/prosedür varlığını bilmedikleri tespit edilmiştir (Kaptan, 2017). Araştırmanın gerçekleştirildiği sağlık kuruluşunda bu konuda

prosedürün bulunduğu göz önüne alındığında; sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi eksikliğinin mesleki yaşamlarında “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında herhangi bir eğitime katılmamalarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının tamamına yakını, mesleklerini gerçekleştirdikleri esnada “çocuk ihmal ve istismarı”ndan şüphelenmesi durumunda ne yapacağı sorusuna konu ile ilgili yetkililere bildirim yapacağını belirtmişlerdir. Kocaer (2006)’ın hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmada da araştırmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş ve katılımcıların tamamı “çocuk ihmal ve istismarı”ndan şüphelenmesi durumunda yetkililere bildirim yapacağını belirtmişlerdir. “Çocuk ihmal ve istismarı”ndan şüphelenilmesi durumunda “Türk Ceza Kanunu (280. Madde)” sağlık çalışanlarına suçu yetkili mercilere bildirme yükümlülüğü yükler (Arıkan, 2005). “Çocuk ihmal ve istismarı”nın bildirimi konusunda sağlık çalışanlarına yönelik soruşturmaların gündeme gelmesinin sağlık çalışanlarının suçun bildirimi konusundaki hassasiyetlerini arttırdığı değerlendirilmektedir (Gökçe, D. 2018).

Sağlık çalışanlarının tamamına yakını mesleklerini gerçekleştirirken “çocuk ihmal ve istismarı” şüphesini göz önünde bulunduracağını belirtmişlerdir. (Kaptan, 2017) tarafından yapılan çalışmada doktor ve hemşirelerin tamamına yakınının “çocuk ihmal ve istismarı”nı göz önünde bulundurduğu saptanmıştır (Kaptan, 2017). Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı”na ilişkin minör bulguları atladığı vakalarda çocukların daha ağır ihmal ve istismar olaylarına maruz kalmakta ve ölüme kadar gidebilen ciddi zararlarla karşılaşabilmektedirler (Turhan ve Ark. 2008; Külcü Polat ve Karataş, 2016). “Çocuk ihmal ve istismarı”nın tespit edilmesi açısından çeşitli sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının tamamının çocuklara yönelik tıbbi müdahalelerinde ihmal ve istismar şüphesini göz önünde bulundurmaları gerektiği değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının mesleki deneyim süreleri ile “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki genel farkındalık düzeyi ve alt ölçeklerinde herhangi bir anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu sonuçlar Kaptan (2017) ve Kocaer (2006) tarafından yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamında mesleklere göre ölçeğin genel ortalamasına ve tüm alt ölçek ortalamalarına bakıldığında; tüm sağlık çalışanlarının ölçek genel ortalamasının düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Solak (2018)’ın çalışmasında doktorların; Uysal (1998)’ın çalışmasında hemşirelerin ve ebelerin genel ortalamaları düşük olarak

bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen genel ortalama puanları; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığını ve araştırmanın diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiğini göstermektedir.

Doktorlar, hemşireler ve ebeler en düşük puanı ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğinden, en yüksek puanı ise ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeğinden almıştır (Tablo 6). Kaptan (2017)’ın çalışmasında da ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” sağlık çalışanlarının en düşük ortalamasına sahip olduğu alt ölçek olarak bulunmuştur. Bu bakımdan sağlık çalışanlarının mesleğini gerçekleştirirken karşılaştıkları çocuk vakaların ihmal ve istismara yatkın olma durumunu gözden kaçırabilecekleri değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının “Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek”, ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”, ”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ve ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” hakkındaki farkındalık düzeylerinde mesleklere göre anlamlı farklılaşma olduğu belirlenmiştir. “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ve ”İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” hakkındaki farkındalık düzeylerinde ise mesleklere göre herhangi bir anlamlı farklılaşma gözlenmemiştir. Meslekler arasındaki farklılaşmanın hangi noktalarda meydana geldiğine bakıldığında; doktorların ”Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” ve ”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”, ”İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, ”İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri”, ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçeklerinde ebelerden anlamlı düzeyde yüksek farkındalığa sahip oldukları bulunmuştur. Yine doktorların ”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”ne dair farkındalık düzeyinin hemşirelerden, hemşirelerin ise ”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”e dair farkındalık düzeyinin ebelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7, Tablo 8, Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13).

“İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”ne ilişkin sorular incelendiğinde katılımcıların en düşük ortalama puanı aldığı soruların; “Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz”, “Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha

yaygın görülür”, ”Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir” şeklindeki sorular olduğu, en yüksek puan alınan sorunun ise “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir” şeklindeki soru olduğu görülmektedir (Tablo 25). “Çocuk ihmal ve istismarı” vakalarında fiziksel göstergeler tanının konulmasında sağlık çalışanlarına kolaylık sağlamaktadır. Fiziksel istismar sonucunda çocukta oluşan yanık, ekimoz, zehirlenme, doku hasarı, genital bölgede kızarıklık gibi zararlar istismarın fiziksel belirtilerindendir (Polat, 2004) Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ekimoz ve yanıklar konusundaki farkındalık düzeyinin düşük olması konu ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede adölesan gebelik vakalarının yoğun olmasının bu konudaki farkındalığın yüksek olmasını sağladığı değerlendirilmektedir.

”Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” alt ölçek soruları incelendiğinde katılımcıların en düşük ortalamasını aldığı soruların; “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler”, “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler”, “İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar” şeklindeki sorular olduğu, en yüksek puan alınan sorunun ise “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” şeklindeki soru olduğu görülmektedir (Tablo 26). Uysal (1998) tarafından ebe ve hemşireler yönelik olarak ve Kaptan (2017) tarafından doktor ve hemşirelere yönelik yapılan araştırmalarda da ölçeğin genelinde “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” sorusuna verilen yanıtlar ölçeğin genelinde en düşük puanı alan soru olarak karşımıza çıkmaktadır.

”İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”ne ilişkin sorular incelendiğinde katılımcıların en düşük ortalamasını aldığı soru; “Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir” şeklindeki soru olduğu, en yüksek puan alınan sorunun ise “Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir” şeklindeki soru olduğu görülmektedir (Tablo 27).

“Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler”e ilişkin sorular incelendiğinde katılımcıların en düşük ortalamasını aldığı sorular; “Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar”, “Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini

etkiler” şeklindeki sorular olduğu, en yüksek puan alınan sorunun ise “Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir” şeklindeki soru olduğu görülmektedir (Tablo 28). Yolcuoğlu (2010) ebeveynlerin çocuklukta istismar geçmişinin bulunmasını, gebelik döneminde yaşanan sorunları ve ebeveynlerdeki madde bağımlılığını “çocuk ihmal ve istismarı”nda risk faktörleri arasında sıralamıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ebeveynlere ait risk faktörleri açısından bilgi eksikliklerinin olduğu görülmektedir.

“İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri”ne ilişkin sorular incelendiğinde katılımcıların en düşük puan aldığı sorular; “Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur”, “Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez” şeklindeki sorular olduğu, en yüksek puan alınan sorunun ise “Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır” şeklindeki soru olduğu görülmektedir (Tablo 29). Öztürk Can ve Irmak Yılmaz (2015) yenidoğan bebeğin erken doğum ve düşük doğum ağırlığı vb. özelliklere sahip olmasının özellikle ebeveynlerinin de “çocuk ihmal ve istismarı” açısından risk faktörlerine sahip olması ihmal ve istismara uğramasın açısından risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Bu bakımdan araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi olması ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi bulunması açısından sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim gereksinimlerinin bulunduğu söylenebilir.

”Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” e ilişkin sorular incelendiğinde katılımcıların en düşük puan aldığı soru; “Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir” şeklindeki soru olduğu, en yüksek puan alınan sorunun ise “Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz” şeklindeki soru olduğu görülmektedir (Tablo 30). Yolcuoğlu (2010) tarafından “çocuk ihmal ve istismarı” açısından ebeveynlere yönelik risk faktörleri arasında ailenin düşük sosyoekonomik statüye sahip olması ve işsizlik olduğu belirtilmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “Ailenin gelir düzeyinin çocuk istismarı ve ihmaliinde önemli bir etkidir” sorusundan düşük puan alması konu ile ilgili bilgi eksikliklerinin bulunduğunu göstermektedir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın örneklemini, “İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi”nde çalışan sağlık çalışanları (doktor, hemşire, ebe) ile sınırlıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinin eşit dağılmaması ve araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimi uzmanı vb. sağlık çalışanının az sayıda olması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.



6. ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları; sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğu ve bu konuda eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. “Çocuk ihmal ve istismarı”nın tanılanmasında önemli rolleri bulunan sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı”nın belirti ve risklerini tanılamada bilgi eksikliklerinin bulunması ihmal ve istismara uğrayan çocuklar, çocukların aileleri, çevreleri ve toplum açısından onarılamaz sonuçlara neden olabilmesi bakımından önemlidir. Çocukların ihmal ve istismardan korunması, ihmal ve istismara uğramış çocukların erken tespit edilmesi ve sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” hakkındaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik öneriler aşağıda belirtilmektedir.

1. Üniversitelerin tüm bölümlerinde(öncelikle çocukla doğrudan temas eden tıp, sağlık ve eğitim fakülteleri) 1.sınıflarda “Çocuk İhmal ve İstismarı” dersleri konunun uzmanları tarafından verilecek şekilde planlanmalıdır.
2. Sağlık kuruluşlarında “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarında aktif rolleri bulunan sosyal hizmet uzmanları tarafından “çocuk ihmal ve istismarı” hakkında öncelikle çocuk ile doğrudan temas eden sağlık çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına “çocuk ihmal ve istismarı”nın belirti ve risklerini tanılama konusunda formel ve informal hizmet içi eğitimler planlanmalıdır.
3. Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” vakası ile karşılaştığında başvurabileceği kitapçıklar hazırlanmalı ve her sağlık çalışanına ulaştırılmalıdır.
4. “Çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik olarak sağlık kuruluşlarında doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişimi uzmanı, hemşire vb. meslek elemanlarından oluşan multidisipliner ekipler kurulmalı ve düzenli olarak vaka toplantıları düzenlenmelidir.
5. Sağlık kuruluşlarında “çocuk ihmal ve istismarı”na yönelik talimat/prosedür belirlenmeli ve sağlık çalışanları eğitim, broşür, pano vb. araçlarla bu konuda bilgilendirilmelidirler
6. Sağlık kuruluşlarında ebeveynlere yönelik “çocuk ihmal ve istismarı” ile ilgili eğitim etkinlikleri, broşür dağıtımı, pano vb. düzenlenmelidir.
7. Sağlık çalışanları; “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarını bildirme konusundaki yasal yükümlülükleri konusunda bilgilendirilmelidirler
8. Sağlık çalışanlarının “çocuk ihmal ve istismarı” vakalarını bildirmesinden sonra çocuğun yaşadığı süreç ve Çocuk İzlem Merkezleri’ nin işleyişi hakkında bilgilendirilmelidir. Bu sayede sağlık çalışanlarının çocuğa zarar gelebileceği konusundaki endişelerinin gidermesi daha kolay olabilir.

KAYNAKLAR

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avci, A., & İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
- Açıkyol, N.(2016). *Çocuk sahibi olan kadınların çocuk yetiştirme tutumları ile çocukluk dönemi örselenmiş yaşantıları, benlik saygıları ve ebeveyniyle bağlanma biçimleri arasındaki ilişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Adams, R., Dominelli, L., & Payne, M. (2015). Sosyal hizmet: Temel alanlar ve eleştirel tartışmalar. *Birinci basım, Çev. Ed. T. Tuncay*, Ankara: Nika Yayınevi.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı/Childhood Sexual Abuse. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95.
- Akyüz, E. (2011). Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi. I. *Türkiye Çocuk Hakları Kongresi, Yetişkin Bildirileri Kitabı-2 Çocuk Vakfı Yayınları*, İstanbul, 17-42.
- Akyüz, E. (2018). *Çocuk hukuku: Çocukların hakları ve korunması*. Pegem Akademisi.
- Arıkan, H. (2005). Türk Ceza Kanunu, Arıkan Basım Yayın Dağıtım, 1. Baskı, Haziran.
- Aydın Aslan, İ.(2015). *Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sosyal sorun çözme becerilerinin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bağ, Ö., Alşen S.(2016). Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: çocuk izlem merkezleri, *İzmir Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*; 6(1):9-14
- Bağdat, C. (2018). 5395 Sayılı çocuk koruma kanunundaki danışmanlık tedbirinin sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bahadır, V.(2018). *Kocaeli üniversitesi tıp fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
- Bayhan P. (1998).Dövülen Çocuklar. *Sosyal Hizmet Dergisi*; 1(8):24-26)
- Beyaztaş, F. Y., Özen, B., & Bütün, C. (2014). Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi [The Evaluation of the Physical Child Abuse]. *Medicine Science*, 3(2), 1315-1331.

Bilgiç, H.(2015). *Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri*, *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.

Birliği, A. P. (2001). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR),(E. Köroğlu, Çev.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

BOZBEYOĞLU, A. Ç., KOYUNCU, E., KARDAM, F., & SUNGUR, A. (2010). Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye'de Ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1).

BÜLBÜL, S., ÖZÇALIK, A., & ÖZDOĞAN, S. (2012) Bir Olgu Nedeniyle Adli Tıbbi Uygulamalarda Gecikmenin Hekimlere Getirdiği Hukuki Sorunların İrdelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 49-52.

BULUT, A. G. S., GÜRKAN, A., & SEVİL, Ü. (2008). Adölesan gebelikler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 13(13), 37-44.

Can, M., Tırtıl, L., & Dokgöz, H. (2009). Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu. *Klinik Gelişim*, 22(14), 89-94.

Cicos, P.(2010). *Sağlık bakanlığı' na bağlı hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları sorunlar (istanbul ili örneği)*, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ÇOBAN, A. İ. (2009). Adölesan evlilikleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 16(16), 37-50.

Dinleyici, M., & Dağlı, F. Ş. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 18-27.

Doğan, Ö.Ö.(2009). *Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak, istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması: kontrollü bir araştırma*. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Duyan, V. (2010). *Sosyal hizmet: Temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği.

Eraslan, E.G.(2018). *Çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan, uzman ve yandal uzman hekimlerinin cinsel istismar hakkındaki bilgi düzeyi anket çalışması*, *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, İstanbul.

Erdoğan, A. (2010). Pedofili: klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 132-60.

Erdoğan, O. (2011). *Çocuk Hakları*, Acar Basım.

Erkut, Z., Balcı, S., & Yıldız, S. (2018). Tarihsel Süreç İçinde Çocuk. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 2(3).

Fadime YÜKSEL, Nilüfer KESER, Elif ODABAŞ, Gözde Bahar KARS, Fayık YURTKULU, Filiz DAŞKAFA, Fatma ARSLAN, Emine CAYRAT, Çocuk İstismarı ve Çocuk İzlem Merkezleri, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2013/12 Sayı:2, Sayfa 18-23

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 697-714.

Gölge, Z. B., Hamzaoglu, N., & Türk, B. (2012). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 26(2), 86-96.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.

http://www.cocukhaklari.gov.tr/tr/content/show/25/birlesmis_milletler_cocuk_haklaribildirisi.html (Erişim tarihi:15.1.2019)

<http://www.hurriyet.com.tr/gundem/turkiyeyi-sarsacak-utanc-listesi-40712654> (erişim tarihi:23.01.2019)

http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html (erişim tarihi:11.02.2019)

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0> (erişim tarihi:18.02.2019)

<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html> (26.02.2019)

https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23e.html (erişim tarihi:18.02.2019)

İbiloğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 10(1), 84-98.

İnan, A.(2017). *Sağlık bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştığı sorunlar ve çözüm önerileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Kamiloğlu, M.(2018). *ankara ilinde görev yapan aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.

- Kaptan, D.(2017). *trabzon il merkezindeki pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri*, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.
- Karataş, K. (1993). Çocuk İşgücü Sorunu Nedenleri Sonuçları ve Çözüm Önerileri. *Reasons, Conclusions of and Solution Proposals for the Problem of Child Labor*. HÜ Sosyal Hizmetler YO Dergisi, 11, 1-2.
- Külcü Polat, D., & Karalaş, H. (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 48-58.
- Kuli, G.(2018). *Okul ortamlarında sosyal hizmet uygulaması ihtiyacı: rehber öğretmenlerin okul sosyal hizmeti ile ilgili düşünceleri üzerine bir araştırma*, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Kut, S. (1988). Sosyal hizmet mesleği: nitelikleri, temel unsurları, müdahale yöntemleri. *Kendi Yayını*, Ankara.
- Mavi Aydoğdu, S. G., & Özsoy, Ü. (2017). Çocuk Hakları İhlali: Cinsel İstismar. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Supp: 1), 57-60.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö., & Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 13-22.
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(2), 6-12.
- Özgentürk, İ. (2014). Child abuse and neglect Çocuk istismarı ve ihmali. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 265-278.
- PASLI, F. (2017). Çocuk İstismarına Sosyal Hizmet Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(3), 209-13.
- Pelendecioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve şiddet*. Der Yayınları.
- Polat, O. (2004). Klinik adli tıp. *Seçkin Yayıncılık*, 1, 85-131.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı*. Seçkin.

Polat, O. İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler kitabı. Umut Matbaası, İstanbul, 2000; 15-36. *Yazışma Adresi Yaşar TIRAŞÇI Dicle Üniv. Tıp Fak. Adli Tıp AD., Diyarbakır E-mail: ytirasci@dicle.edu.tr.*

Saruç, S. (2017). Kadın doğum hastanelerinde sosyal hizmet uygulamaları. İçinde: S. Attepe Özden ve E. Özcan (Eds.), Tıbbi sosyal hizmet (ssss. 147-158). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

ŞEKER, A. (2012). Bilim ve Meslek Olarak Sosyal Çalışmanın Temel Kavramları, Sosyal Hizmete Giriş, Ed. İlhan Tomanbay, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 2533.

Selvi, Y., Özdemir, P. G., Atli, A., & Kıran, S. G. (2011). Aile İçi Cinsel İstismar Sonrası Zedelenmiş Cinsellik: Kompulsif Cinsel Davranışları Olan Bir Olgu Sunumu. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 24(1).

Şen, S., & Kavlak, O. (2011). Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 25(25), 35-44.

Serhatlioğlu, S. G., & Nurten, K. A. Y. A. (2018) Ebe Gözüyle Adölesan Gebeliklere Etik Yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 503-508.

Sevil, K. U. R. T. ÇOCUK HAKLARINA İLİŞKİN TEMEL ULUSLARARASI BELGELER VE TÜRKİYE UYGULAMASI. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (36).

Solak Y. (2018). *Adana il merkezi aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktorların çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.

Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

Tomanbay, İ. (1992). *Ana çocuk sağlığında sosyal boyut*. Doruk.

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.

Turan, N. (2009). Sosyal kişisel çalışma. *Birey ve Aile İçin Sosyal Hizmet*. (3. Baskı), Aydınlar Matbaası.

Turhan, E., Sangün, Ö., & İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 153-157.

Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *TSA dergisi*, 1, 9-18.

UNICEF, İçin, H. T. Ç. K. M., & Kitabı, B. (2011). İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. *United Nations Children's Fund, The (UNICEF)*.

Uyan-Semerci, P., Müderrisoğlu, S., Karatay, A., Ekim-Akkan, B., Kılıç, Z., Oy, B., & Uran, Ş. (2012). Eşitsiz Bir Toplumda Çocukluk: Çocuğun “İyi Olma Hali” ni Anlamak İstanbul Örneği. *İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.

Uysal A (1998). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yalçın N.(2011) *Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yildirim, B., & Başer, A. O. (2019). Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri, müracaatçı profili ve sosyal hizmet mülakatında dikkat edilmesi gereken durumlar. *Journal of Society & Social Work*, 30(1).

Yılmaz Irmak, T.(2008). *Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler, Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Yolcuoğlu, İ. G. (2010). çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Journal of Society & Social Work*, 21(1).

Yolcuoğlu, İ. G. (2015). Türkiye’de tüm çocuklarımızı iyi yetiştirebilmek. İstanbul: Nar Yayınevi.

YÜKSEL, H., & YÜKSEL, M. (2014). Çocuk İhmal ve İstismarı Bağlamında Türkiye’de Çocuk Gelinler Gerçeği. *Journal of the Institute of Social Sciences Cankiri Karatekin University/Cankiri Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitusu Dergisi*, 5(2).

Zeytinoğlu, S. (1991). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların, Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşleri. *Çocuk İstismarı ve İhmali*, 147-161.

EKLER

EK-A- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

EK-B- “ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN
TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK”

EK-C- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK-D- KURUM İZNİ

EK-E- ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

EK-F- ETİK KURUL KARARI

EK-G- İNTİHAL RAPORUNUN İLK SAYFASI



EK-A: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği

Sayın katılımcı;

Bu çalışma; Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan tüm sağlık personellerinin çocuk ihmali ve istismarı konusundaki farkındalık düzeylerini belirlemek amacı ile planlanmış olup; elde edilen veriler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılma ya da katıldıktan sonra herhangi bir aşamada ayrılma hakkına sahipsiniz. Akademik çalışmama zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Bekir ALTIOK

1. Bu form ile birlikte tarafıma gönderilen "Bilgilendirilmiş Onam Formu" nu okudum ve kabul ediyorum

☐ Evet

2. Cinsiyetiniz

☐ Erkek ☐ Kadın

3. Yaşınız:

4. Mesleğiniz:

5. Medeni Durumunuz:

6. Çocuğunuz var mı

☐ Evet ☐ Hayır

7. Mesleğinizdeki deneyim süreniz (yıl):

8. Öğrenim hayatınız süresince çocuk ihmal ve istismarı konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Meslek yaşamınızda çocuk ihmal ve istismarı konusunda sertifikalı bir eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Çalıştığınız kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik herhangi bir talimat/prosedür var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

13. Mesleğinizi gerçekleştirirken çocuk ihmal ve/veya istismarı şüphesini göz önünde bulundur musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Son bir yıl içerisinde herhangi bir çocuk ihmal ve/veya istismarından şüphelendiğiniz bir vaka ile karşılaştınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Mesleğinizi gerçekleştirirken herhangi bir çocuk ihmal ve/veya istismarından şüphelenmeniz durumunda ne yaparsınız?

☐ Çocuğun her şeye rağmen ailesinin yanında daha iyi olduğunu düşündüğüm için bildirim yapmam

☐ Emin olmadığım için bildirim yapmam

☐ Nasıl bildirim yapacağımı bilmediğim için bildirim yapmam

☐ Konu ile ilgili yetkililere bildirim yaparım

☐ Diğer

16. Çocuk ihmal ve istismarını tanılama konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

EK-B: "ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK"

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU

Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hic doğru değil
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar, ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6	Fiziksel istismarda, kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14	Çocuğun yürütme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.					
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					

		Çok doğru	Orduka doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.					
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkindir.					
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmaliinin oluşmasında etken değildir.					
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.					
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.					
66	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

EK-C: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Reyhan Bahçıvan Saydam (İstanbul Üniversitesi (Cerrahpaşa) Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü) danışmanlığında, İstanbul Üniversitesi (Cerrahpaşa) Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet Bilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi **Bekir Altıok** tarafından yürütülen “**Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği**” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına veri sağlamak amacıyla gerçekleştirilecek araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı **sağlık çalışanlarının; çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesidir**. Araştırmada sizden tahminen **20 dk** ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen **254** kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya “**bekiraltiok@gmail.com**” e-posta adresi ve “**05454459869**” numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerine düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ²:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Sahidin:³

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK-D: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

03.01. 2019

Sayın Bekir ALTIOK

(İstanbul Üniversitesi(Cerrahpaşa) Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek öğrencisi)

Planlamış olduğunuz araştırmanızda, geliştirmiş olduğum "Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik ölçek"i kullanma isteğiniz beni çok memnun etti. Öncelikle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ölçeğin ülkemizde farklı örneklem gruplarında, daha geniş popülasyonda test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak, geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz, yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederim.

Prof.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-E: KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Bekir ALTIOK'un Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü 34320 Avcılar/İstanbul)

İlgi : a) 26/03/2019 tarihli ve 71211201-25966 sayılı yazınız.
b) 03/04/2019 tarihli ve 64376970-799-1838 sayılı yazısı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı tezli lisans programı öğrencisi Bekir ALTIOK'un "Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği" konulu tez çalışmasını, Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanesinin ilgi b) sayılı yazısına istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İMZA
GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
05.04.2019

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

CEK
Permin GÖRECE
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Geliştirilmesinde Birim Sorumlusu

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Bilgi için: Selmin NAZLIGÜL

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

TIBBİ SEKRETER

e-Posta: selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Telefon No: 0 212 638 33 99

selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden da4763bd-0a04-4d16-842e-f5e94d096945 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-F: ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,
İÜ Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi **Bekir ALTIOK** "Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği" başlıklı, 2019/81 dosya numaralı 22.02.2019 tarih ve 13540 sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 04.03.2019 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	B. Tunali
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Şerife Sema KARAKELLE	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Göklem TEKDEMİR YURTDAS	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Bengi PİRİM DÜŞGÖR	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☒ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Elif YAVUZ SEVER	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☒	☒ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	

EK-G: İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARI HAKKINDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ, ESENLER ÖRNEĞİ (3)

ORJİNALLİK RAPORU

%9 BENZERLİK ENDEKSİ	%5 İNTERNET KAYNAKLARI	%1 YAYINLAR	%8 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
3	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Fatih University Öğrenci Ödevi	<%1
5	core.ac.uk İnternet Kaynağı	<%1
6	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Mehmet Akif Ersoy Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	www.enesyalcin.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Bekir	Soyadı	ALTIOK
Doğ. Yeri	Muş	Doğ. Tar.	1992
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Email	bekiraltiok@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2015

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Sosyal Çalışmacı	Sağlık Bakanlığı	2016-devam ediyor
Proje Danışmanı	Doğruyön Danışmanlık Hiz.	2015-2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS/YÖKDİL Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	56(YÖKDİL)

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	83	85	86

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta