

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN ÇOCUK İHMAL VE
İSTİSMARINA YÖNELİK BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYLERİ

Mikail KIR

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR

İSTANBUL, 2015

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN ÇOCUK İHMAL VE
İSTİSMARINA YÖNELİK BİLGİ VE FARKINDALIK
DÜZEYLERİ

Mikail KIR
1220099171

Proje Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR

İSTANBUL, 2015

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

Adı ve Soyadı : Mikail Kır
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Danışman : Yrd. Doç.Dr. Onur Yazar

Öğrenci No : 1220099171
Tez Savunma Tarihi : 16.03.2015
Tez Savunma Saati :14.00

Tez Konusu: Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İhmal ve İstismarna Yönelik Bilgi ve Farkındalık düzeyleri

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Onur Yazar		Kabul
Prof. Dr. Mithat Kıyak		kabul
Yrd. Doç. Dr. Erhan Alabay		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

ÖZET

Araştırmanın konusu ihmal ve istismara uğramış çocuklar sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurduklarında sağlık yöneticilerin ihmal ve istismar hakkında ne kadar bilgi sahibi oldukları, ne yapmaları gerektiği konusunda bilgi ve farkındalıklarının düzeylerinin değerlendirilmesidir. Çocuk İhmal ve İstismarı konusu dünyada ve ülkemizde üzerinde çalışılan önemli bir konudur.

Araştırmanın evreni ; Araştırmanın yapıldığı tarihte Denizli ilinde bulunan kamuda ve özel sektörde çalışan 117 sağlık yöneticisi oluşturmuştur. Çalışma Denizli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden, Denizli İli T.C. Sağlık Müdürlüğünden, Denizli İli T.C. Halk Sağlığı Müdürlüğünden ve T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra 02.04.2013- 02.07.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Yöneticilerden veriler toplanmış ve analiz edilmiştir.

Araştırmada kullanmış olduğumuz “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek” 5 bölümden oluşmaktadır. Bu alt faktörler İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (İÇÜFB), İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB), İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (İÇÜB), İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (İİYEÖ), İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (İİYÇÖ) ve Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (ÇİİAÖ) olarak oluşturulmuştur. Bu alt faktörlere göre analizler yapılarak çalışma sonuçlandırılmıştır.

Araştırmanın ülkemizde çocuk istismar ve ihmalinin sebeplerini anlama, bilgi düzeyini artırma konuya dikkat çekme adına, koruyucu, önleyici tedbirlerin alınmasında yararlı olacağı ve kuramsal bilgilere destek olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çocuğun yüksek menfaati açısından sağlık yöneticilerine çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim verilmesinin yerinde olacağı değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yöneticisi, Çocuk istismarı, Çocuk ihmali

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND AWARENESS LEVELS OF HEALTH MANAGERS WHICH TOWARD TO CHILD ABUSE AND NEGLECT

An investigation evaluates the level of knowledge and awareness of healthcare administrators when children, who have suffered neglect and abuse, apply to health institutions and organisations. Child neglect and abuse is the most important issue that is worked in the world and also in our country.

117 Health Managers, who were working the public sector and the private sector at the time of the survey in Denizli province, joined a sample of the research. The investigation was carried out after receiving permission from Denizli Prefecture Public Hospitals Union General Secretariat, Denizli Local Health Authority, Denizli Local Directorate of Public Health and Ministry of Pamukkale University Health Research Centre between 02.04.2014 and 02.07.2014. Datas were collected from principals and analyzed.

We have used the scale that towards Diagnosis Symptoms and Risk of Child Abuse Neglect consists of five parts. These factors are classified as the Physical Symptoms of Abuse on Child, Behavioral Symptoms of Abuse and Neglect on Child, Signs of Neglect on Child, Parental Characteristics whose prone to Abuse and Neglect, Children's Characteristics whose prone to Abuse and Neglect, Familial Characteristics of Child Abuse and Neglect. According to these factors, analyses were made and the study was finalized.

It is considered that the investigation is useful to take precautions and supports theoretical knowledge in order to understand reasons of child abuse and neglect, increase the level of knowledge and draw attention to this issue. Health managers should be trained on the subject child abuse and neglect.

Keywords : Health manager, Child abuse, Child neglect

ÖNSÖZ

Çocuk ihmal ve istismarı en temel insan hakları ihlalidir.

Çocuk ihmal ve istismarı ülkemizde ve dünyada çok sık karşılaşılan bir durum olmasına rağmen sağlık yöneticileri tarafından tanınması, kayıt altına alınması ve yasal süreçlerin başlatılması konusunda çeşitli zorluklar yaşanmaktadır (9).

Sağlık hizmetlerinde yöneticilik yapan sağlık çalışanlarının, sağlık profesyonelleri tarafından tespit edilen çocuk ihmal ve istismar vakaları hakkında bilgi sahibi olmaları alınacak önleme, idari ve adli tedbirler açısından önem arz etmektedir.

Sağlık yöneticilerinin, kendi ya da başkalarının yetersizliğinden etkilenmiş bu çocukları tanımaları, aile özelliklerini bilmeleri önemlidir. Tedavinin erken başlaması yanında adli sürecinin başlatılmasını kolaylaştıracaktır.

Sağlık kurumlarına, ulaşan çocuk ihmal ve istismar vakalarının tanınması, bazen tanımlanması halinde de toplumsal ön kabuller veya çeşitli gerekçelerle ortaya çıkarılmaması, ihmal ve istismarın devam etmesine ve ölüme kadar uzanan bir sürece sebep olmaktadır.

Bu çalışma sağlık yöneticilerinin çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi ve farkındalıklarının belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma Denizli ili sağlık yöneticilerini kapsamıştır. Gerekli izinler konusunda herhangi bir sorun yaşanmamıştır. Sağlık Müdürlüğüne, Halk Sağlığı Müdürlüğüne, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğüne, çalışmaya yoğun ilgi gösteren sağlık yöneticilerine destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Çalışmam sırasında desteğini ve katkısını esirgemeyen, tez danışmanın değerli hocam Onur YARAR' a, çok sevgili arkadaşım Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Bilgisayar Teknolojileri ve Programlama Bölümü Öğretim Görevlisi Mete Okan ERDOĞAN' a ve sevgili kızım, Av. Ceren Burçak KIR' a teşekkür ederim.

Mikail KIR

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterildiğini beyan ederim.


Mikail KIR

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	II
ABSTRACT.....	III
ÖNSÖZ	IV
BEYAN	V
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	IX
KISALTMALAR	XI
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Çocuk	3
2.2. Çocuk Kimliği	3
2.3. Çalışan Çocuk Kavramı	4
2.4. Çocuk Hakları Beyannamesi Ve Çocuk Haklarına Dair Sözleşme.....	5
2.5. Çocuk İstismarı Ve İhmali	9
2.5.1.Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Haklarının Tarihsel Süreci.....	9
2.5.2.Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Tanımı Ve Tipleri.....	10
2.5.2.1. Fiziksel İstismar Ve İhmal	10
2.5.2.2. Duygusal İstismar Ve İhmal	11
2.5.2.3. Cinsel İstismar Ve İhmal.....	11
2.6. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Önlenmesi	12
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	14
3.1. Araştırma Hakkında Genel Bilgiler	14
3.1.1. Araştırmanın Tipi	14
3.1.2. Araştırmanın Yeri.....	14
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.1.4. Veri Toplama Aracı	14
3.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.1.6. Araştırma Değişkenlerinin Güvenirliği	16
4.BULGULAR.....	18
4.1. Demografik Özelliklerin Ve Durumlarının Frekans Analizi.....	18
4.1.1. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Demografik Bilgileri.....	18
4.1.2. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuklara Karşı Tutum Ve Davranışları.....	19
4.1.3. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konulu Eğitim Durumları.....	20

4.1.4. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vaka ve Vaka Tecrübeleri	21
4.1.5. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Mesleki Yaşantıda Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Görüşleri	23
4.1.6. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgisi.....	24
4.2. Hipotez Testleri	25
4.2.1. Sağlık Yöneticilerinin Görev Yerleri İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki	25
4.2.2. Sağlık Yöneticilerinin Cinsiyetleri İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki	27
4.2.3. Sağlık Yöneticilerinin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki	28
4.2.4. Sağlık Yöneticilerinin Yaşları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki	30
4.2.5. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Demokratik Olanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	31
4.2.6. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Otoriter Olanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	32
4.2.7. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Koruyucu Olup-Olmayanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	34
4.2.8. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Sevgi Dolu Olup-Olmayan İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	35
4.2.9. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Arkadaş Gibi Olanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	36
4.2.10. Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki. 37	
4.2.11. Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası İle Karşılaşma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	39
4.2.12. Sağlık Yöneticileri, Meslektaşlarının Çocuğa Fiziksel Şiddet Uyguladığı Gördüğünde Şikayet Etme Durumu İle Karşılaşma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki	40
4.2.13. Sağlık Yöneticileri, Çalıştıkları Kurumlarda Çocuk İstismarı/İhmaline Yönelik Talimat Olup Olmama Durumları İle Karşılaşma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	42

4.2.14. Sağlık Yöneticilerinin “Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi” Hakkında Bilgi Durumları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki.....	43
5.TARTIŞMA.....	45
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKÇA.....	50
EKLER	54
Ek-1.Tanıtıcı Bilgi Formu	54
Ek-2 Denizli İli Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalıklarını Belirlemesine İlişkin Ölçek.....	58
Ek-3 Denizli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi	63
Ek-4 T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İli Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	65
Ek-5 T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İli Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi	66
Ek-6 . T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü İzin Belgesi	67
Özgeçmiş	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo.1: Değişken Güvenirlik Analiz Sonucu	17
Tablo 2. Çalışmaya Katılanların Demografik Bilgileri	18
Tablo 3. Çalışmaya Katılanların Çocuklara Karşı Tutum Ve Davranışlarının Tanım	19
Tablo 4. Çalışmaya Katılanların Çocuk Disiplin Eğitiminde Fiziksel Şiddet Görüşleri Hakkında Dağılımı	20
Tablo 5. Çalışmaya Katılanların Çocuk İstismarı Ve İhmali Konulu Eğitim Ve Seminerlere Katılım Dağılımları	21
Tablo 6. Çalışmaya Katılanların Çocuk İstismarı Ve İhmali Vakalarının Tanılanması Aşamasında Katılması Gereken Görevli Dağılımı	22
Tablo 7. Çalışmaya Katılanların Çocuk İstismarı Ve İhmali Vakası İle Karşılaşma Dağılımı	23
Tablo 8. Çalışmaya Katılanların Mesleki Yaşantıda Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkındaki Görüş Dağılımları.....	24
Tablo 9. Çalışmaya Katılanların Çocuk İstismarı/İhmali Olgusu Veya Şüphesi Uygulama Hakkında Bilgi Dağılımları	25
Tablo 10. Yöneticilerin Görev Yaptıkları Yerleşim Yerleri İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 11. Yöneticilerin Cinsiyetleri İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 12. Yöneticilerin Çocuk Sahibi Olması İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 13. Yöneticilerin Yaşları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 14. Yöneticilerin Demokratik Olup-Olmama İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması	32
Tablo 15. Yöneticilerin Otoriter Olup-Olmama İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 16. Yöneticilerin Koruyucu Olup-Olmama İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 17. Yöneticilerin Sevgi Dolu Olup-Olmama İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 18. Yöneticilerin Çocuklara Karşı Arkadaş Gibi Olup-Olmama İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması	37
Tablo 19. Yöneticilerin Öğrenimleri Sırasında Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Eğitim Alıp-Almama İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	38

Tablo 20. Yöneticilerin İş Yaşamınız Süresince Herhangi Çocuk İstismarı Veya İhmali Olgusu Veya Şüphesi İle Karşılaşp-Karşılaşmaması İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 21. Yöneticilerin Meslektaşlarının Bir Çocuğu Dövse İlgili Yerlere Şikayet Edip-Etmeme Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 22. Yöneticilerin Çalıştığınız Kurumda Çocuk İstismarı/İhmaline Yönelik Talimat/İzlek Olma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 23. Yöneticilerin Çocukların Temel Haklarını İfade Eden Ve Türkiye'nin De Taraf Olduğu “Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi” Hakkında Bilgi Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıklarının Karşılaştırılması..	44

KISALTMALAR LİSTESİ

- İÇÜFB** : İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri
- İİÇDB** : İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri
- İÇÜB** : İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri
- İİYEÖ** : İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri
- İİYÇÖ** : İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri
- ÇİİAÖ** : Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler
- ÇHS** : Çocuk Hakları Sözleşmesi

1. GİRİŞ

Çocuk ihmal ve istismarı, altında birçok sosyal-psikolojik ve sağlık sorununu barındırması sebebiyle dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir toplum ve sağlık sorunudur. Çocukların maruz kaldıkları herhangi bir istismar ve ihmal karşısında duygusal, fiziksel, cinsel ve sosyal olarak etkilenmemeleri ve bu yaşananın kişilik gelişimini derinden etkilememesi olanaksızdır. Toplumun konu ile ilgili bilgilendirilmesi toplum önderlerinin bakış açılarının değiştirilebilmesi, bilgi ve farkındalığın artırılması bu araştırmanın yapılma nedeni olmuştur.

İnsanlık tarihi kadar eski ve önemli bir sorun olan çocuk istismar ve ihmalinin kayıtlı tarihçesi çok eskilere dayanmaktadır. Günümüze uzanan süreçte en önemli gelişme 1989’da Birleşmiş Milletler’ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’dir 9. madde çocuğun bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (22, 26, 29).

Türkiye’de çocuk ihmal ve istismarı son zamanlarda bir çok insan tarafından toplumun önemli bir sorunu olarak görülmeye başlanmıştır. 1991 yılında özellikle sağlık çalışanlarının ve hukukçuların katkıları kurulan ve Türkiye’de konu ile ilk dernek olan Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) istismar ve ihmalin önlenmesi ve farkındalığın artırılması ile ilgili çalışmalarını sürdürmektedir. Ayrıca son yıllarda istismar ve ihmale uğramış çocukların, sağlık kuruluşlarında ve hastane koridorlarında bekletilerek ve dolaştırılarak daha fazla örselenmemeleri için hastanelerde "Çocuk İzlem Merkezleri" (ÇİM) kurulmaya başlamıştır. Dünyada ve Türkiye’de bir halk sağlığı sorunu olan şiddet ve istismardan korunmak diğer hastalıklarda olduğu gibi sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşımla mümkün olacaktır. Bu noktada sağlık çalışanları ve yöneticileri meydana gelen vakayı tespit etmek ve müdahaleyi geciktirmeden yapmak gibi yükümlülükleri vardır. Ancak şiddeti, her türlü istismarı ve ihmali tanımayan yada tanımlayamayan bir sağlık çalışanının ve yöneticisinin olayı adlandırması koruyucu, kollayıcı ve tedavi edici önlem alması yada aldırması pek mümkün olmayacaktır. Sağlık kuruluşlarında istismar ve ihmale uğrayan çocukların iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildikleri ve ilerleyen dönemlerde bu vakaların bazılarının öldürüldüğü ve ciddi

yada kalıcı hasarlara maruz kaldıkları görülmektedir. Bu çocuklardan fiziksel, mental ve sosyal gerilik görülmektedir. Diğer yandan çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ergen ve erişkinlerde sigara, alkol tüketimleri görüldüğü gözlenmiş ve şiddet ve intihar eylemlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Üstelik bazı araştırmalar da gösteriyor ki özellikle teknolojik gelişmelerle birlikte (çocuk pornoları vb.) son yıllarda, istismar ve ihmalin çeşitlenerek arttığını göstermektedir (22, 33).

Bütün bu bilgiler ışığında denilebilir ki, sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesinde de önemli işlevleri vardır. Önleme çalışmaları, ancak var olan sorunu tanıma, bilgi sahibi olma, sorunun çözümü için gerekli kaynakları harekete geçirmekle, bu kaynaklar konusunda bilgi sahibi olmakla ve farkında olmakla bir anlam kazanacaktır. Bu çalışmada ihmal ve istismara uğrayan çocukların sağlık kuruluşlarına getirildiklerinde, sağlık yöneticilerinin bilgi ve farkındalığına dikkat çekerek koruyucu ve önleyici faaliyetler geliştirilmesi bağlamındaki kaynak eksikliğinin bir ölçü de olsa giderilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı, çocuk istismar ve ihmali konusunda sağlık yöneticilerinin bilgi ve farkındalık düzeylerini incelemektir. Çocuk ihmal ve istismarı ülkemizde ve dünya da çok sık karşılaşılan, toplumsal bir sağlık sorunu olmasına rağmen sağlık yöneticileri tarafından tanımlanmaması, kayıt altına alınması, gerekli yasal süreçlerin işletilmesi, tedavi modellerinin belirlenmesi ve iyileştirme hizmetleri konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu kapsamda;

- Sağlık yöneticilerinin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalığı yeterli olmadığını,
- Kadın sağlık yöneticilerinin çocuk istismar ve ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalılığı erkek sağlık yöneticilerinden daha fazla olduğunu,
- Sağlık ve Sosyal Bilimlerde eğitim alan sağlık yöneticileri çocuk istismar ve ihmali konusunda diğerlerine oranla farkındalıkları ve bilgi düzeyleri daha yüksek olacağını öngörülmektedir.

Yapılan bu araştırma ile bu hipotezler incelenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Çocuk

“ÇOCUK” kavramı tarihte toplumun yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır. Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre ise ‘ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır’(20).

Çocuk bütün canlılar içerisinde uzun bakımı, korunmayı ve sevgiyi gerektiren varlıktır. Toplumların kalkınmasının temeli olarak görülen olan çocukların, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak korunması, sağlıklı bir şekilde yetiştirilmesi tüm toplumun görevidir.

2.2. Çocuk Kimliği

“**Çocuk:** Onsekiz yaşını tamlamamış kimse.

Çalışan Çocuk: On beş yaş ve altında sokak ve okul dışındaki zamanlarda tarım sektöründe, küçük sanayi ve marjinal sektörlerde çalıştırılan çocuklar.

Çocuk İş Gücü: Yasalar ve gelenekler açısından belirlenmiş bir yaşın altında çalışan ya da çalıştırılan çocuklar.

Çocuk Hakları: Yasalarla güvence altına alınmış ya da ahlaksal olarak tüm dünya çocuklarının sahip olduğu eğitim, sağlık, barınma ve fiziksel, duygusal ya da cinsel sömürüye karşı korunma hakkı.

Koruma Altındaki Çocuk: Bedensel, zihinsel, ahlaksal, toplumsal ve duygusal gelişim ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal ve istismar edilen ya da suç mağduru olup devlet tarafından kurumlara ya da koruyucu aile yanına yerleştirilen ve koruma altına alınan çocuk.

Korunmaya Muhtaç Çocuk: Bedensel, ruhsal, zihinsel, duygusal ve ahlak gelişimleri veya kişisel güvenlikleri tehlikede olan anne veya babasız, anne veya babası ya da her ikisi de belli olmayan, anne veya babası ya da her ikisi tarafından terk edilen, anne veya babası tarafından ihmal ve istismar edilip fuhuş, dilencilik, alkol ve

uyuşturucu madde bağımlılığı gibi sosyal ve fiziksel tehlikelere ve her türlü kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan çocuk.

Mülteci Çocuklar: Başka bir ülkeye ya da yere sığınmış çocuklar, sığınmacı çocuklar.

Sokakta Çalışan Çocuk: Günün büyük bölümünü sokakta çalışarak (su, mendil, simit v.b. maddeler satan) geçiren, bazıları ailesi ile birlikte yaşayan ve denetimi altında bulunan, bazıları tümüyle sokakta yaşayan çocuk.

Sokakta Yaşayan Çocuk: Ailesi veya vasisi ve korunma altına alındığını kurumlarla ilişkisini kısmen ya da tamamen kesmiş, sokaklarda yaşan, zorunlu eğitim-öğretimine devam etmeyen çocuk.

Suç Sürüklenen Çocuk: Yasalarda suç olarak tanımlanan bir eylemi işlediği ileri sürülen ve hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan veya işlediği bir suçla yönelik hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuk ” (11).

2.3. Çalışan Çocuk Kavramı

Çocuğun 15 yaş ve altında, okulda ve sokakta olduğu zamanlar dışında, tarım sektöründe mevsimlik olarak, küçük sanayi sektöründe ve marjinal sektörlerde çalıştırılmasıdır. Farklı sebeplerle küçük yaşlarda çalışmaya başlayan, tamirhanelerde, imalathanelerde, ayakkabı boyayarak, su, mendil ve çeşitli maddeler satarak hayatlarını sürdüren küçük işçilerin en büyük ve en önemli sorunu eğitim yapamamaları ve sahipsiz kalmalarıdır. Çalışan çocuğun korunmasına dayalı toplumsal, hukuksal ve ailesel destek yeterli olmayınca çocuk çalışma hayatında da gelişimini tamamlamamaktadır. Bu desteklerden mahrum kalan çalışan çocuk istismara ve ihmale açık hale gelebilmektedir. Özellikle çocukların haklarını koruyan yasalar, yönetmelikler ve uluslararası sözleşmelere uyulması, ailelerin, çocukların ve işverenlerin bilinçlendirmesi istismarın önlenmesi açısından önem arz etmektedir (1, 17).

Çocukların çalışma hayatına atılması, uygunsuz ve ağır işlerde çalıştırılması fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilemekte, ileri yaşlarda da çok önemli sakatlıklara, psiko-sosyal yıkımlara sebep olabilmektedir. Ayrıca çocukluğunu sokakta ve okulda arkadaşları ile birlikte, evde ailesi ile birlikte geçirmeyen çocuklar topluma ve aileye yabancılaşma gösterebilmektedir. Sosyalleşme sürecinde çocuğun okulda, sokakta

arkadaşları ile bulunduğu etkileşim onun ileriki yaşamında tarzını, hayata bakış açısını etkilemektedir. Günümüzde ağırlaşan ekonomik koşullar çocukların çalışmasını daha yoğunlaştırmış, bunun üzerine olumsuz çalışma şartları ile çocukları ‘çocukluklarını yaşamayız’ duruma getirmiştir (17).

Çocuğun hangi yaşta itibaren, hangi koşullarda, hangi işlerde, hangi zaman diliminde v.b. çalışma hayatına girmesi, istismar ve ihmal çocuk işgücünde aile ve toplum olarak faydalanmak için mutlaka dağınık olan yasal düzenlemelerin düzenlenmesi, mesleki eğitimin verilmesi gerekmektedir (7, 41).

2.4. Çocuk Hakları Beyannamesi ve Çocuk Haklarına Dair Sözleşme

İnsanlığın barış içerisinde yaşaması, savaşlarının yarattığı fiziksel, sosyal ve psikolojik tahrifatin ortadan kaldırılması, azaltılması için kurulan Milletler Cemiyeti, 26 Eylül 1924’de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi’ni kabul etmiştir. Ancak 1939 yılında çıkan dünya savaşı Çocuk Hakları Sözleşmesinin ertelenmesine sebep olmuştur. 1948 yılında İnsan Hakları Sözleşmesi Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca kabul edilmiştir. Bu sözleşmede çocukların hak ve özgürlüklerine yeterince yer verilmediği, toplumun her türlü tehlikeye karşı korunması gereken bu özel gruba ayrı bir beyanname hazırlanması için çalışmalar başlatılmıştır. 20 Kasım 1959 yılında 78 ülkenin temsilcilerinin katılımı ile Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda, Çocuk Hakları Sözleşmesi oy birliği ile kabul edilmiştir. Yaşanan deneyimler ve gelişen dünya düzeni çerçevesinde, üye ülkeler açısından bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metin hazırlanması gerekli görülmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda 20 Kasım 1989’da oybirliği ile kabul edilmiştir. 28 Ocak 1990’da imzalaya açılan sözleşme 61 ülke tarafından imzalanmıştır. 20 ülke 2 Eylül 1990 ‘da imzalamış ve sözleşme yürürlüğe girmiştir. Sonraki katılımlarla birlikte toplam 193 ülke tarafından Çocuk Hakları Sözleşmesi onaylanmıştır. Türkiye ise sözleşmeyi 14 Şubat 1990 tarihinde imzalamış 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Ülkemizde Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 yılında Resmi Gazete’de yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve uygulanmaya başlamıştır.

Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 19, 34 ve 39’uncu maddeleri çocuk istismarı, ihmali ve önlenmesiyle ilgili konuları içermektedir.

“ 1- Her birey on sekiz yaşına kadar çocuk olarak kabul edilir. Her çocuk vazgeçilmez haklara sahiptir.

2-Çocuk Hakları, bütün çocuklar içindir. Doğum yerleri, konuştuıkları dil ne olursa olsun fark etmez. Büyüklerinin inançları ya da görüşleri nedeniyle hiçbir çocuğa ayırım yapılmaz.

3- Çocuklarla ilgili bütün yasa ve uygulamaları oluşturanlar, önce çocukların yararını düşünmek zorundadır. Devlet, çocukların koruma ve bakımını üstlenenlerin sorumluluklarını yerine getirmeleri için önlemleri alır ve onların sorumluluklarını yerine getirip getirmediğine bakar.

4- ÇHS’de yazılı olan hakların uygulanması için gereken her türlü çabanın gösterilmesi gerekir. Devlet çocukların bu haklardan yararlanmasını sağlar.

5- Devlet, hakların uygulanması konusunda çaba gösterirken başta anne baba olmak üzere çocuktan sorumlu olan kişilerin haklarına karşı saygılı olur.

6- Yaşamak, her çocuğun temel hakkıdır ve herkesin ilk görevi çocukların yaşamını korumaktır.

7- Her çocuğun bir isme ve vatandaşlığa sahip olma hakkı vardır. Devlet, çocuk doğduğunda bu ismi kaydeder ve çocuğa bir kimlik verir.

8- Çocuklara verilen isim, vatandaşlık hakkı ve aile bağları korunmalıdır. Tüm bunlar zorla değiştirilemez ve alınamaz, değiştirilmek istenir ya da çocuğun elinden bu haklar alınırsa devlet bu duruma karşı çıkmalıdır.

9- Her çocuğun ailesiyle birlikte yaşama hakkı vardır. Anne baba çocuğa bakamıyorsa, çocuk bu durumdan zarar görmesin diye ona başka bir bakım sağlanmalıdır. Bu durumda da her çocuğun, anne ve babasıyla düzenli olarak görüşebilme hakkı vardır.

10- Anne babası ayrı ülkelerde yaşayan çocukların aileleriyle birlikte olabilmeleri için devletler kolaylık gösterir.

11- Anne ve babalarının izni olmadan hiçbir çocuk başka bir ülkeye götürülemez. Çocukları bu şekilde başka yerlere götüren kişilere karşı mücadele edilmesi gerekir.

12- Her çocuk, görüşlerini serbestçe ifade etme, kendisini ilgilendiren her konuda görüşlerinin dikkate alınmasını isteme hakkına sahiptir. Herkesin çocukları dinleme, onların fikirlerini öğrenme ve onlara saygı gösterme sorumluluğu vardır.

13- Her çocuğun duygu ve düşüncelerini istediği şekilde açıklama hakkı vardır. Çocukların da başka kişilerin zarar görmemesi için gerekeni yapmaları gerekir.

14- Her çocuğun, kendi dűşüncesini geliştirme ve istediği dini seçme hakkı vardır. Bu konularda çocukları büyüten yetişkinlerin de onlara yol gösterme hakkı ve sorumluluğu vardır.

15- Çocukların arkadaşlarıyla barış içinde toplanabilme, dernek kurabilme ya da derneklere üye olma hakkı vardır.

16- Hiç kimse çocukların onurunu kıramaz, onları küçük düşüremez, özel hayatına karışamaz. Çocukların bu hakkı yasalarla korunur.

17- Devlet, kitle iletişim araçlarının, çocuğun gelişimi açısından önemini kabul eder. Çocuğun bunlarla çeşitli bilgi ve belgelere ulaşmasını sağlar, kendi kültürü ve dili bakımından bu araçlarla alabileceği gereksinimleri karşılar. Ayrıca kitle iletişim araçlarının verebileceği her türlü zarardan çocukları korur.

18- Çocukların yetişmesinden ve gelişmesinden sorumlu olan büyükler, bu sorumluluklarını en iyi biçimde yerine getirirler.

19- Hiç kimse, çocuklara karşı olan sorumluluklarını onlara zarar verecek şekilde kullanamaz. Devlet çocukların hiçbir zarara uğramaması için her türlü önlemi almakla yükümlüdür.

20- Her çocuğun ailesinden yoksun kaldığında ya da aile ortamı onun için uygun olmadığında devletten özel koruma ve yardım alma hakkı vardır. Anne babasıyla birlikte yaşayamayacak çocuklar için özenli bir araştırmayla iyi aileler bulunur.

21–22- Yaşadığı ülkenin dışında bir başka ülkeye gitmek zorunda kalan her çocuğun, gittiği ülke tarafından korunma hakkı vardır.

23- Engelli çocukların özel olarak korunma ve saygı görme hakkı vardır. Devlet engelli çocukların bakımını, eğitimini sağlayacak kurumları oluşturma sorumluluğuna sahiptir. Engelli çocukların ailelerine her türlü yardım yapılır.

24- Her çocuğun sağlık hizmetinden yararlanma hakkı vardır. Hastalıklardan korunması devletin ve toplumun güvencesi altında olup çocukların beslenmesine, aşılmasına, çevrenin temizliğine ve diğer sağlık koşullarına dikkat edilir. Hastalanan çocuklar tedavi edilir.

25- Çocuk haklarına uygun olarak kreşler, çocuk yuvaları, yurtlar, okullar, çocuk hastaneleri oluşturulur, bunlar düzenli olarak kontrol edilir.

26–27- Her çocuğun gelişme hakkı ve sağlığı güvence altında olmalıdır. Bu konuda çocukların daha iyi bir yaşam sürdürmeleri için gerektiğinde yardım edilir.

28- Her çocuk eğitimini tam yapabilmek için desteklenir ve korunur. İlköğretim parasız ve hiçbir ayırım gözetmeksizin tüm çocuklar için hak ve zorunludur.

29–30- Çocuklara verilen eğitim onların gelişimlerini en fazla ölçüde sağlayacak düzeyde olmalıdır. Eğitim, çocukların hoşgörüsünü, kendi kültürüne ve farklı kültürlere saygısını, ayrımcılığa karşıtlığını, doğaya saygısını arttıracak biçimde düzenlenir. Çocuğun kendi kültürü, bulunduğu ülkedekinden farklıysa gelişim ve eğitim hakkının her aşamasında buna gereken özen gösterilir.

31- Çocukların boş zamanlarını değerlendirebilmeleri, kendilerini geliştirebilmeleri için oyun bahçeleri, çocuk kulüpleri, kütüphaneler, spor ve kültür merkezleri açılmalıdır. Her çocuğun bu tür etkinliklere katılma hakkı vardır.

32- Çocukların okula gitme, oyun oynama hakkı vardır. Onlar yetişkinler gibi çalıştırılmazlar. Çalışmak zorunda kalırlarsa yapacakları iş onların sağlığı ve eğitimleri için sorun oluşturmamalıdır.

33- Bütün çocuklar her türlü zararlı maddelere karşı korunur. Bu tür maddeleri üreten çocuklara veren kişiler cezalandırılır.

34- Çocukları bedensel ve ruhsal yönden örseleyecek hiçbir yaklaşıma izin verilemez.

35- Devlet, çocukları koruma ve çocukları kaçırap onları satan, onları çalıştırmak isteyen kişilerle mücadele etme sorumluluğuna sahiptir.

36- Hiçbir kişi kendi çıkarları için çocukları kullanamaz. Devlet böyle bir duruma karşı her çocuğu korur.

37-Çocuklar hiçbir şekilde insanlık dışı yöntemlerle ya da aşağılanarak cezalandırılmaz. Bir çocuk suça itilmişse ona uygulanacak ceza yaşına ve gelişimine uygun, onun eğitimini engellemeyecek şekilde olmalıdır.

38- Her çocuğun barış ortamında yaşama ve savaşlardan korunma hakkı vardır. Çocukların askere alınmaması gerekir. Devlet, çocukları silahlı çatışmalardan ve sonuçlarından korumakla sorumludur.

39- Çocuklar çeşitli nedenlerle zarar görmüşlerse onların iyileştirilmeleri için çalışmalar yapılır, bir daha aynı şekilde zarar görmemeleri için önlemler alınır.

40- Yasalarla sorunu olan çocuklar bu durumdan tek başlarına sorumlu değildir. Çocuklar farkında olarak kimseye zarar vermez. Suça itilen çocuklar, yetişkinler gibi cezalandırılmaz, özel yasalarla yeniden topluma kazandırılırlar.

41- Bir devletin yasaları burada belirtilen hükümlerden daha iyiye, bunlar hiçbir şekilde değiştirilemez.

42- Devlet, ÇHS'nin herkes tarafından öğrenilmesini sağlar.

43- ÇHS'nın uygulanmasını değerlendirmek üzere Çocuk Hakları Komitesi kurulmuştur.

44- Devlet ve o ülkede yaşayan insanlar Çocuk Hakları Komitesine, çocuk haklarıyla ilgili durum hakkında bilgileri vermekle sorumludur.

45-İlgili kuruluşlar Çocuk Hakları Komitesinin çalışmalarına kolaylık ve yardım sağlar.

NOT: Çocuk Hakları Sözleşmesi 54 maddeden oluşmaktadır. Sözleşmenin bundan sonra 54'e kadar devam eden maddeleri, sözleşmenin devletler tarafından nasıl imzalanacağı, onaylanacağı ve yürütüleceği ile ilgilidir (6, 14)".

2.5. Çocuk İstismarı Ve İhmali

2.5.1.Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Haklarının Tarihsel Süreci

Çocuk ihmal ve istismarı insanlık tarihi ile başlayan bir süreç olmakla birlikte yazılı tarihinin başlangıcı çeşitli kaynaklarda farklılıklar göstermesine rağmen, insanlığın konuya dikkati ve duyarlılığı son yüzyılda oluşmaya başlamıştır. Tıbbi literatürdeki ilk tanımlamayı 1860 yılında Tardieu'nun yapmasına karşın, Hugo ve Dickens'in konuyu işlediği görülmektedir. Bu tarihten uzun bir süre sonra, Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da Kosta kırıkları ve subduralhematoan ile çocuk ihmal ve istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden dikkati çekmeye başlamıştır. 1965 yılında ilk kez "hırpalanmış çocuk" terimi Kempes tarafından kullanılmış bir süre bu terim yerini "çocuk istismarı" terimine bırakmıştır. Geçen yüzyılda, 1989'da Birleşmiş Milletlerce kabul edilen "Çocuk Hakları Sözleşmesi" ile bu alanda en önemli gelişme yaşanmıştır. (22, 33, 35)

Ülkemizde çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili çalışmalar çok yeni olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili olarak adli tıp, sosyal pediatri uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanları, psikologlar konu ilgili çalışmalar yürütmektedir. Özellikle son yıllarda, emniyet müdürlüklerinden faaliyete geçen "çocuk şubeleri" adli yargı sisteminde hizmete veren "aile ve çocuk mahkemeleri", yine birkaç paydaşın (Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) birlikte yürüttüğü, Avrupa ve Amerika' da benzerlerinin olduğu Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde hizmet veren "Çocuk İzlem Merkezleri" bu alan da Türkiye de en önemli gelişmeler olarak dikkat çekmektedir.03.07.2005 tarihli ve 5395 sayılı "Çocuk

Koruma Kanunu’’ da bu alanda yasal düzenleme açısından yapılan en önemli çalışmalardan biridir.

2.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı / Tipleri

Çocuk istismar ve ihmali; evlerde, okullarda-özellikle yatılı okullarda, yatılı kurumlarda, kırsal da, kentte, sokaklarda ve yaşamın her yerinde, her anında olabilmektedir.

Çocuk istismar ve ihmali, fiziksel istismar ve ihmal, cinsel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmal olarak temel üç gruba ayrılmaktadır.

Çocuk İstismar ve İhmali: Çocuk sağlığını, fiziki ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen, bilerek veya bilmeyerek; bir yetişkin (anne, baba, teyze, kardeş, büyükanne-baba, kamu görevlisi, öğretmen, polis vb.) çocuğun içinde yaşadığı toplum veya devlet tarafından yapılabilen hareketlere “çocuk istismarı” denir. Çocuk ihmali ise çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, koruma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinmelerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından karşılanmamasıdır. Bu tanımı daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında bulunduran devlet tarafından karşılanmaması olarak da tanımlayabiliriz. (34, 36, 39)

2.5.2.1. Fiziksel İstismar ve İhmal

Çocuğun herhangi kaza dışı yaralanması veya ailesi ya da vasisi yada devlet tarafından istenilen düzeyde gözetilmemesini kapsamaktadır. Çocuk yaşlarda kazlar sık görülmekle birlikte, kazların niteliği, niceliği alınan öykülerde oluş nedenleri bize çocuğun ailesi ya da bir başka nedene dayalı olarak istismar ve ihmale uğradığını gösterebilir Çocuklar bu konuda ailelerini ya da vasilerini yada sorumluluğunda bulunduğu kişiyi yada kurumu koruyabilirler. Fiziksel istismar ve ihmal konusunda sorgulama yapılırken, eğitilmiş meslek elamanlarında mümkünse “çocuk adli görüşmeci’’ sinden destek almak gerektiğini düşünmekteyim.

Çocuklarda görülen en yoğun fiziksel istismar ve ihmallerin başında dövme gelmektedir. Dövme, en sık ve yaygın görülen tiptir. Özellikle büyük yaştaki çocuklarda, açık elle, yumrukla veya herhangi bir aletle dövülme olabilmektedir. Lezyonlar daha çok baş, ense, sırt ve kalçalarda görülebilir. Lezyonlar

morarma(ekimoz), kırık, ağrılar ve travmalar şeklindedir. Daha sonrayanıklar gelmektedir. Yanıklar, çocuk istismar ve ihmalinin %10'luk bölümünü oluşturan bu türde, belirli bir eylem sonucu oluşabileceği gibi, çocuğun ihmal edilmesi sonucu da olabilir. Yanıklar yaygın olarak sıcak su yanıkları da olabileceği gibi sıcak bir nesneye temas şeklinde görülür. Sallanmış bebek sendromu ise çocuk istismar ve ihmalinin özellikle bebeklik döneminde (en sık iki yaş altı) görülen sonuçları bakımından en ağır olanıdır. Beş yaşına kadar da olabileceği söylenmektedir. 15 ayın altındaki bebeklerde, özellikle de altı ayın altındaki bebeklerde anne-baba, kardeş yada vasi yada bakıcı tarafından şiddetli bir şekilde sallandıklarında, beyin kafatasının içinde ileri hareket eder ve kontüzyon, köprü venlerinin yırtılması, subduralhematom ve beyin kanamaları gelişebilir. Bu tür bir istismar ve ihmal bilinçli olarak yapılabileceği gibi bilinçsiz bir şekilde de olabilmektedir. Son olarak zehirlenmeyi sayabiliriz. Zehirlenme, çocukların kasıtlı olarak ilaç ve kimyasal maddeler kullanılarak zehirlenebileceği gibi çocukların bu maddelerin zararlarına bilinçsizce maruz kalabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Anne-babanın kendi ürettikleri tedavi yöntemleri ve çocukların bunlardan zehirlenmeleri, her türlü ilaç ve kimyasal maddenin zararlarından çocukların korunmaması da istismar ve ihmalin bir göstergesidir (3, 5, 8, 12, 18, 25, 26, 42).

2.5.2.2. Duygusal İstismar ve İhmal

Çocukların, kendi psikolojik ve sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalarak ya da gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılmak sureti ile psiko-sosyal olarak hasara uğratılmaları durumudur. Bu tür istismar ve ihmal çocuğun üzerinde güç sahibi olan aile ve okul çevresinde olabileceği gibi bazı özel durumlarda kurum yöneticileri (korunmaya alınmış çocuklar) ve çocuğun tayin edilmiş vasisi tarafından da gerçekleştirilir. Duygusal istismar ve ihmal aşağılamak, alay etmek, tehdit etmek şeklinde de görülebilir. İstismar ve ihmal sonucu ansiyete ve depresyon belirtileri görülebilir (8, 11, 13, 24, 29, 32, 34, 39).

2.5.2.3. Cinsel İstismar ve İhmal

Psiko-sosyal ve fiziksel gelişimini tamamlamamış çocuğun, bir yetişkin ya da gelişimsel olarak kendinden büyük olan bir başka çocuk tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır. Çocuğun cinsel istismarı yakın tarihte ilk kez Kempe tarafından 1980 yılında ‘‘Çocukların anlamadan ve kendileri istemeden cinsel ilişkide kullanılmalıdır’’

sekinde tanımlanmıştır. Cinsel istismar ve ihmal de çok sık rastlanan durum, cinsel istismarın yıllarca sürmesi ve gizli kalmasıdır. Toplumun olaylara bakış açısının etkisinin cinsel istismarın uzun yıllar gizli kalmasında etkisi olduğu bilinmektedir. Cinsel istismar ve ihmal oral-genital, genital veya oral temas ile olabileceği gibi, teşhircilik, röntgencilik ve son zamanlarda sık görülen çocuk pornografisi olarak da görülebilmektedir. Bu çocuklarda davranış bozuklukları, uyku bozuklukları, karın ağrısı, enürezis, enkoprezis ve fobiler görülebileceği gibi genital hasarlarda görülebilir. Yine cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital kanamalar ve o yaşta beklenmeyecek cinsel davranışlar görülmektedir. Cinsel istismar ve ihmal tanısı çoğunlukla çocuktan alınan öykü ile konur. Ancak yaşının yaşı, soruların yanlı ya da karmaşık olması öykülerde yanıltıcı olma olasılığı da unutulmamalıdır. Öykülerin laboratuvar bulguları ile de desteklenmesi gerekmektedir. Diğer yandan bu vakalarda iyileşmenin çabuk olması ya da tanıya esas olan belirtilerin yok olmaması için hızlı hareket edilmesi de gerekebilir. Cinsel istismar ve ihmale uğrayan çocuklarla yapılan çalışmalarda ve derlemelerde, korku, anksiyete, depresyon, kızgınlık, düşmanlık, post-tarvematik stres bozukluğu, uygunsuz cinsel davranışlar ve suçluluk duygusu görülmektedir (4, 15, 16, 25).

2.6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Çocukların istismar ve ihmalden korunması, çocukların yaşam, gelişim, korunma haklarının en temel konularından biridir. Önleme konusu sadece hukuksal bir sorun olarak görülmemekle beraber, bir hakkın yasal düzenlemelerle belirlenmesi çok önemlidir.

Konu ile yapılan çalışmalar da yasal koruma önleme çalışmalarının yanında, toplumun bilinçlendirilmesi, farkındalık oluşturulması, çocukların bilinçlendirilmesinin önemi yadsınamaz.

Çocuklara yönelik istismar ve ihmalin önlenmesi ilgili çalışmalar üç aşama yapılması gerekir.

“Birinci aşama: Çocuk istismar ve ihmalinin hazırlayan psiko-sosyal, ekonomik ve çevresel etmenleri ortadan kaldırmakla sağlanır. Yetersizlikten kaynaklanan sebeplerin ortadan kaldırılması, yoksulluğun önlenmesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması, risk grubunda olan ailelere soysa-ekonomik desteklerin sağlanması

birinci aşama katkı sağlayacaktır. Doğum öncesinden başlayarak aile ve bebeğin izlenmesi, sağlık taramalarının yapılması, yetersiz ev ve çevre düzenlenmelerinin tespit edilmesi ve bu yetersizliklerin ortadan kaldırılması istismar ve ihmalin engelleyebilir. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip kılınması, konu ile ilgili paydaş mesleklerin ekip çalışması içerisinde görev yapmalarının sağlanması olgunun ortaya çıkmadan önlenmesini sağlayabilir.

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının, çocuk istismar ve ihmali açısından riskli aile ve grupları tanımalı, bulguları bilmeli tanımladığı bulguları, bilgileri adli yargıya ve Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüklerine bildirimini yapmalıdır. Yapılan ev ziyaretlerinde ailelere çocuk bakımı ve yetiştirme yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.

İkinci aşama: İstismar ve ihmale uğramış çocuktaki ipuçlarının ve ilk bulgularını değerlendirilmesi ve tanının erken konması tedavinin başarıya ulaşması, istismar ve ihmalin sürmesinin engellenmesi ve çocuğun daha fazla zarar görmemesini önleyebilir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmet Merkezleri tarafından alınacak önlemler ve çocuğun güvenliğinin sağlanması istismar ve ihmalin zararlarını önlemede önemlidir. Özellikle çocuğu yönelik olarak alınan “danışmanlık tedbiri”, “eğitim tedbiri”, “sağlık tedbiri”, “bakım tedbiri”, “barınma tedbir” kararlarının ivedilikle alınması da önem taşımaktadır.

Üçüncü aşama: Bu aşamada en önemli kriter ölümlerin önlenmesi, ağır fiziksel ve ruhsal yaralanmaların önlenmesi amacıyla yapılan tedavidir. Tedavi kısmında sağlık kuruluşlarının yanı sıra toplumsal desteğinde önemli bir yeri vardır” (9, 13, 16, 20, 21, 27).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Hakkında Genel Bilgiler

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Denizli İli Sağlık Yöneticilerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma, Mayıs – Temmuz 2013 tarihlerinde betimsel yöntemle yapılan karşılaştırma modelinde bir araştırmadır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Denizli il sınırları içinde bulunan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (Ek- 3) ve Özel hastaneler ve İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek- 4), Halk Sağlığı Müdürlüğü (Ek- 5), son olarak Pamukkale Üniversitesi Araştırma Hastanesinden (Ek- 6) gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Denizli ilinde bulunan kamu ve özel kuruluşunun 120 sağlık yöneticisi evreni oluşturmuştur. Sağlık yöneticileri, Denizli Kamu Hastaneleri Genel Sekreteri, Tıbbi Hizmetler Başkanı, İdari Hizmetler Başkanı, Mali Hizmetler Başkanı, Denizli Kamu Hastaneleri Başhekim ve Başhekim Yardımcıları, Bakım Hizmetleri Müdürü ve Müdür Yardımcıları, Mali Hizmetler Müdürü ve Müdür Yardımcıları, Özel Hastane Başhekim ve Yardımcıları, Müdür ve Müdür Yardımcıları, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekim ve Yardımcıları, Denizli İl Sağlık Müdürü ve Müdür Yardımcıları, Denizli Halk Sağlığı Müdürü ve Müdür Yardımcılarından oluşmuştur. 120 kişilik evren büyüklüğünde kabul edilebilir hata ± 5 olarak planlandığında %99 güven seviyesinde önerilen örneklem büyüklüğü 102 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada 107 sağlık yöneticisine bu güven aralığı içerisinde ulaşılmıştır.

3.1.4. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen hekimlerin tanıtıcı özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmali konusundaki

görüşlerini içeren, 25 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-1) ve Uysal (60) tarafından 1998 yılında geliştirilen 67 sorudan oluşan Likert tipi “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” (ÇİİBRTYÖF) (EK- 2) kullanılmıştır.

Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette 1. Kısım tanıtıcı bilgi formu 25 sorudan oluşmaktadır. Bu kısımda kişisel tanımlayıcı sorular sorulmuştur. Bu sorular sağlık yöneticilerinin yaş, medeni durum gibi bilgileri demografik özellikleri, meslekteki çalışma süreleri, öğrenim süreleri boyunca ve mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumları, çocuk istismarı ve ihmali göz önünde bulundurma durumları gibi demografik sorular (EK- 1) hazırlanmıştır.

Sağlık yöneticilerinin demografik özelliklerini tanıtıcı, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek" kullanılacaktır. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek, Doç.Dr. Aynur Uysal tarafından geliştirilmiş ve benzer araştırmalarda kullanılmıştır. Çok doğru, oldukça doğru, kararsızım, pek doğru değil, hiç doğru değil, istismar ve ihmali belirleyen fonksiyonlardan oluşan 5’li Likert tipi ölçek ile sağlık yöneticilerinin istismar ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerini ve farkındalılıkları hakkında bilgiler toplanmıştır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu Uysal, tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık kapsamında Cronbach Alpha değeri 0,919 olarak hesaplanmıştır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu;

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde) (İÇÜFB)
- İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (15 madde) (İİÇDB)
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde) (İÇÜB)
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde) (İİYEÖ)

-İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde) (İİYÇÖ)

-Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde) (ÇİİAÖ) ile ilgili 6 Alt Ölçeği bulunan 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (EK-2).

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik likert tipi 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, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen; 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan deneğin 335 tam puan alması beklenmiştir.

3.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 17.for Windows istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonunda verilerin ortalamaları ve yüzdeleri alınmıştır. Daha sonra hipotezler test edilmiş bu amaçla t-testi, ANOVA ve Tukey analiz teknikleri kullanılmıştır. Kabul edilen anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.1.6. Araştırma Değişkenlerinin Güvenirliliği

Araştırmada incelenen Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik 6 alt ölçek boyutlarının güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla scaleα katsayısı hesaplanmıştır. Bu da Tablo-1’deki gibidir.

Tablo.1: Değişken güvenilirlik analiz sonucu

Ölçek alt faktörleri	Madde sayısı	Güvenilirlik Katsayısı(α)
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	19	0,767
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	15	0,718
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB)	7	0,872
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	13	0,754
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	5	0,588
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ)	8	0,722

Araştırmada kullanmış olduğumuz beşli likert ölçeğinde incelenen Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek soruları %91 olmak üzere güvenilirliği çok yüksek bulunmuştur. Bunun ile beraber alt faktörlerin güvenilirliği ise Tablo 1’de görüldüğü gibidir. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) %76,7, İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB) %71,8, İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) %87,2, İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) %75,4, İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) %58.8 ve Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) %72,2 olarak bulunmuştur.

4.BULGULAR

4.1. Demografik Özelliklerin ve Durumlarının Frekans Analizi

4.1.1. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Demografik Bilgileri

Denizli ilinde bulunan sağlık kurumlarında çalışan sağlık yöneticilerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirleyerek bunları incelemeyi amaçlayan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur. Araştırmaya katılan Denizli ili sağlık kurumlarındaki sağlık yöneticilerin demografik özellikleri analiz edilerek, frekans, yüzdelik değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya katılanların demografik bilgileri

Demografik Özellikler		n	%
İl / İlçe	İl merkezi	81	76
	İlçeler	26	24
Cinsiyet	Kadın	39	36
	Erkek	68	64
Yaş	40 yaş ve 40 yaş altı	45	42
	40 yaş üzeri	62	58
Medeni Durum	Bekar	8	8
	Evli	99	92
Eğitim Durumu	Ön Lisans	5	5
	Lisans	66	62
	Y.Lisans- Doktora	36	33
Görev süreniz	0-1 yıl	1	1
	1-2 yıl	2	2
	3-5 yıl	3	3
	6 yıl ve 6 yıl üzeri	101	94
Çocuğunuz var mı?	Evet	95	89
	Hayır	12	11

Çalışmamıza katılan Denizli ili sağlık yöneticilerinin %76’sı il merkezindeki sağlık kuruluşlarında çalışır iken, kalan %24’ü ilçelerde çalışmaktadır. Bu yöneticilerin %36’sı kadın, %64’ü de erkek olduğu görülmüştür.

Sağlık yöneticileri yaşlarına göre genç ve orta yaş olarak nitelendirdiğiniz 40 yaş ve 40 yaş altı sağlık yöneticinin %42, orta yaş ve yaşlı olan 40 yaş üzeri %58 olduğu tespit edilmiştir.

Bu sağlık yöneticilerin tamamına yakın olarak nitelendirebileceğimiz %92'lik kesimi evli iken, %8'lik bir kısmının bekar olduğu görülmüştür.

Eğitim durumları incelendiğinde %5'inin ön lisans, %62'sinin lisans ve %33'ünde yüksek lisans – doktora mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu da bize Denizli ilindeki sağlık yöneticilerin eğitim düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Sağlık yöneticilerinin görev sürelerine bakıldığında %94'ünün 6 yıl ve 6 yıl üzeri görev yaptığını, geri kalan %6'lık kesiminde 0 -5 yıl arası görev yaptığını tespit edilmiştir.

Yöneticilerin %89'luk bir kesiminin de çocuk sahibi oldukları tespit edilmiştir.

4.1.2. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışları

Araştırmaya katılan Denizli ili sağlık yöneticilerine kendilerinin çocuklara karşı tutum ve davranışlarını nasıl nitelendirdikleri sorulmuştur. Alınan cevaplar Tablo 3'de verildiği gibidir.

Tablo 3. Çalışmaya katılanların çocuklara karşı tutum ve davranışlarının tanımı

Çocuklara karşı tutum ve davranışlarınızı nasıl tanımlarsınız			
Tutum ve Davranışlar		n	%
Demokratik	Evet	47	44
	Hayır	60	56
Otoriter	Evet	18	17
	Hayır	89	83
Koruyucu	Evet	67	63
	Hayır	40	37
İlgisiz	Evet	-	-
	Hayır	107	100
Sevgi dolu	Evet	69	65
	Hayır	38	35
Arkadaş gibi	Evet	52	49
	Hayır	55	51

Tablo 3 incelendiğinde, yöneticilerin çocuklara karşı tutum ve davranışlarının %44'ünün demokratik olduğunu, %17'sinin otoriter, %63'ünün koruyucu, %100'ünün ilgili, %65'inin çocuklara sevgi dolu ve %49'uda çocukları ile arkadaş gibi oldukları görülmektedir.

Yöneticilerin tamamının ilgisiz olmadıkları bunun ile beraber %17'sinde otoriter bir tutum ve davranış içinde olduklarını belirtmişlerdir.

Çocuklara disiplin eğitimi verilirken hafifte olsa fiziksel şiddet uygulanıp-uygulanmaması konusunda düşünceleri sorulmuştur. Alınan cevaplar Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya katılanların çocuk disiplin eğitiminde fiziksel şiddet görüşleri hakkında dağılım

Size göre çocuğun eğitiminde hafif düzeyde de olsa fiziksel şiddet gerekli midir?	n	%
Gerekli değildir. Fiziksel şiddet eğitim aracı olarak kullanılmamalıdır.	100	93
Gerekli olduğunu düşünüyorum; Çocuk kontrolün kimde olduğunu anlamalı	5	5
Gerekli olduğunu düşünüyorum bazı çocuklar fiziksel şiddeti hak eder.	2	2
Toplam	107	100

Yöneticilerin neredeyse tamamına yakınlık bir kısmı %93 oranında hafif düzeyde de olsa eğitimde fiziksel şiddetin gerekli olmadığını, fiziksel şiddetin eğitim aracı olarak kullanılmaması gerektiğini ifade etmektedirler. %7'lik bir kesim fiziksel şiddetin gerekli olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir.

4.1.3. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konulu Eğitim Durumları

Denizli ilindeki sağlık yöneticilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir eğitim alıp-almadıkları incelenmiştir. Katılımcıların %26'lık bir kısmının öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları tespit edilmiştir. Bu eğitim alan katılımcılara almış oldukları eğitimi yeterli bulup bulmadıkları sorulduğunda %39'unun yeterli bulduğu, %61'lik çoğunluğun yeterli bulmadığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya katılanların çocuk istismarı ve ihmali konulu eğitim ve seminerlere katılım dağılımları

Çocuk İstismarı Ve İhmali Konulu Eğitim ve Seminerler		n	%
Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	28	26
	Hayır	79	74
Yanıtınız evet ise aldığınız eğitim yeterli miydi	Evet	11	39
	Hayır	17	61
Mezuniyetiniz sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim aldınız mı?	Evet	3	3
	Hayır	104	97
Yanıtınız evet ise aldığınız eğitim yeterli miydi	Evet	2	67
	Hayır	1	33

Yöneticilere mezuniyet sonrası çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim alıp-almadıkları sorulduğunda %97'sinin böyle bir eğitim almadığını tespit etmiş bulunmaktayız.

4.1.4. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vaka ve Vaka Tecrübeleri

Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerine çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanımlanması için hangi görevlilerin katılması gerektiği sorulmuştur. Tablo 6'da sonuçlar verilmiştir.

Bu sonuçlara göre yüksek orandan düşük orana gidilecek olursa, %94 oranı ile çocuk psikiyatrinin, %77 ile çocuk hekiminin, %69 ile sosyal hizmet uzmanının, %64 pedagog, %58 psikolog, %44 acil hekimi, %41 adli tıp hekimi, %39 çocuk hemşiresi, %23 jinekolog, %21 çocuk cerrahı, %15 pedodontis ve %10 ortopedist olarak bulunmuştur.

Sağlık yöneticileri ilk 5 sıraya çocuk psikiyatrisini, çocuk hekimini, sosyal hizmet uzmanını, pedagog ve psikoloğu yerleştirmişlerdir. Son 4 sıra ise en son sırada ortopedist, pedodontis, çocuk cerrahı ve jinekolog yer almıştır.

Tablo 6. Çalışmaya katılanların çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanınması aşamasında katılması gereken görevli dağılımı

Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanınması aşamasında olması gereken görevliler			
Görevliler		n	%
Acil Hekimi	Olmalı	47	44
	Gerek yok	60	56
Çocuk Psikiyatrisi	Olmalı	101	94
	Gerek yok	6	6
Adli Tıp Hekimi	Olmalı	44	41
	Gerek yok	63	59
Çocuk Hekimi	Olmalı	82	77
	Gerek yok	25	23
Pedagog	Olmalı	68	64
	Gerek yok	39	36
Çocuk cerrahı	Olmalı	23	21
	Gerek yok	84	79
Çocuk hemşiresi	Olmalı	42	39
	Gerek yok	65	61
Ortopedist	Olmalı	11	10
	Gerek yok	96	90
Jinekolog	Olmalı	25	23
	Gerek yok	82	77
Sosyal Hizmet Uzmanı	Olmalı	74	69
	Gerek yok	33	31
Psikolog	Olmalı	62	58
	Gerek yok	45	42
Pedodontis	Olmalı	16	15
	Gerek yok	91	85

Sağlık yöneticilerine çocuk istismarı veya ihmali, olgusu veya şüphesi ile karşılaşp-karşılaşmadığı sorulmuştur. Sağlık yöneticilerin %31'inin karşılaştığı %69'ununda karşılaşmadığı Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7. Çalışmaya katılanların çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma dağılımı

Çocuk istismarı ve ihmali vaka tecrübesi			
Durum		n	%
İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız mı?	Evet	33	31
	Hayır	74	69
İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız ise hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız			
Durum		n	%
Öykü Alma		19	42
Fiziksel Muayene		8	18
İlgili Kurumlara Rapor Etme/Yasal Süreç		16	36
Diğer		2	4

Çocuk istismarı veya ihmali vakalarına katılanlara tanılama aşamasında zorlandıkları sorulduğunda %42'sinin öykü almada, %36'sının ilgili kurumlara rapor etme / yasal süreç, %18 fiziksel muayene ve %4'ü de diğer olarak belirtmişlerdir.

4.1.5. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Mesleki Yaşantıda Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Görüşleri

Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerin “Meslektaşlarınız bir çocuğa fiziksel şiddet uygulasa ilgili yerlere şikayette bulunur musunuz?” sorusu sorulmuş ve %88'i şikayette bulunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Yöneticilere çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat veya izlek olup-olmadığı sorulduğunda %25 olduğunu ifade ederken, %42'si olmadığını ve %12'side bilmediğini belirtmişlerdir.

Çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat veya izlek olduğunu söyleyen sağlık yöneticilerine bu talimat ve izleğin yeterli olup-olmadığı sorulduğunda %42'si yeterli bulurken, %58'i yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışmaya katılanların mesleki yaşantıda çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki görüş dağılımları

Mesleki yaşantıda çocuk istismarı ve ihmali			
Durum		n	%
Meslektaşınız bir çocuğa fiziksel şiddet uygulasa ilgili yerlere şikayet eder misiniz?	Evet	94	88
	Hayır	13	12
Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek var mı?	Evet	27	25
	Hayır	45	42
	Bilmiyorum	35	33
Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek var ise yeterli midir?	Evet	21	42
	Hayır	29	58

4.1.6. Denizli İlindeki Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgisi

Sağlık yöneticilerinin %97'si çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 9). Katılımcıların %86'sı bu bildirim yapmanın yasal bir sorumluluk olduğunu bildikleri ifade ederken, %14'ü böyle bir yasal sorumluluğu bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmaya katılanların çocuk istismarı/ihmalî olgusu veya şüphesi uygulama hakkında bilgi dağılımları

Çocuk istismarı ve ihmalî olgusu veya şüphesi uygulama hakkında bilgisi			
Durum		n	%
Çocuk istismarı/ihmalî olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?	Evet	104	97
	Hayır	3	3
Çocuk istismarını ve ihmalini bildirmek yasal bir sorumluluk mudur?	Evet	92	86
	Hayır	1	1
	Bilmiyorum	14	13
Çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumunuz nedir	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	92	86
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	1	1
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	14	13
Sizce çocuk istismarı ve ihmalî şüphesi olan ve/veya tanısı olan olguların hizmet alabileceği çocuk izlem merkezleri olmalı mı?	Evet	104	97
	Hayır	3	3

Sağlık yöneticilerine çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumları sorulduğunda %86'sı sözleşme ve sözleşmenin içeriği hakkında bilgi sahibi olduğunu, %14'e yakın kısmının da sözleşmeyi bilmediğini belirtmişlerdir.

"Sizce çocuk istismarı ve ihmalî şüphesi olan ve/veya tanısı olan olguların hizmet alabileceği çocuk izlem merkezleri olmalı mı?" sorusunu katılımcıların %97'si olmalı diye yanıtlamıştır.

4.2. Hipotez Testleri

Araştırmada ortaya çıkan veriler kullanılarak aşağıdaki hipotezler test edilmiştir. Bu testler sonucunda bir kısmı anlamlı düzeyde farklı çıkarak kabul edilmiştir.

4.2.1. Sağlık Yöneticilerinin Görev Yerleri İle Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Denizli’de bulunan hastanelerde çalışan Sağlık Yöneticilerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirleyerek bunları incelemeyi amaçlayan bu araştırmada; yöneticilerin görev yerleri ve istismara yönelik farkındalık puanlarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklemlili t testi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 10’da gösterilmiştir. İlk hipotez (ilk alt problem) :

H_0 : *Yöneticilerin görev yaptıkları yerleşim yerleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : *Yöneticilerin görev yaptıkları yerleşim yerleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.*

Tablo.10. Yöneticilerin görev yaptıkları yerleşim yerleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktörler	Yerleşim yeri	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	İl	81	73,92	7,80	105	2.28	.77
	İlçe	26	73,42	8,15			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	İl	81	56,90	5,94	105	1.32	.18
	İlçe	26	55,07	6,65			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB)	İl	81	27,25	4,36	105	-2.26	.02*
	İlçe	26	29,46	4,16			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	İl	81	44,90	6,24	105	-.93	.35
	İlçe	26	46,19	5,80			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	İl	81	16,06	3,22	105	-.80	.42
	İlçe	26	16,61	2,48			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ)	İl	81	30,44	4,17	105	-1.16	.24
	İlçe	26	31,53	4,22			

Yukarıdaki tablodaki sonuçlar incelendiğinde yöneticilerin görev yaptıkları yerleşim yerinin il ya da ilçe olması ile çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıkları arasında, “ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri” alt faktörü hariç diğerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır. İl veya ilçe merkezinde

görev yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan tek fark “İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri” alt boyutunda olmuştur. ($t = -2.26$; $p < 0.05$) Diğer bir ifadeyle, ilçede görev yapan yöneticiler ildeki yöneticilere göre ihmal belirtileri ile ilgili daha yüksek farkındalığa sahiptirler (H_0 :Hipotezi ret edilmiştir). İlçede görev yapanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ildekilerden daha yüksek farkındalık taşımaktadırlar.

4.2.2. Sağlık Yöneticilerinin Cinsiyetleri İle Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Farkındalıkları Düzeyleri

Sağlık yöneticilerin cinsiyetleri ve çocuk istismara yönelik farkındalık puanlarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklemlili t testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : *Yöneticilerin cinsiyetleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : *Yöneticilerin cinsiyetleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.*

Tablo.11. Yöneticilerin cinsiyetleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Erkek	68	74,79	8,54	105	1,73	,08
	Kadın	39	72,08	6,23			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Erkek	68	57,00	6,87	105	1,207	.23
	Kadın	39	55,51	4,53			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Erkek	68	28,32	4,52	105	1.65	.20
	Kadın	39	26,87	4,07			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Erkek	68	46,07	6,54	105	.12	.60
	Kadın	39	43,72	5,11			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Erkek	68	16,54	3,05	105	1.56	.12
	Kadın	39	15,59	3,02			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Erkek	68	30,90	4,38	105	.061	.55
	Kadın	39	30,38	3,86			

Yukarıda belirtilen bağımsız t testi analizi sonuçları, sağlık yöneticilerinin cinsiyetleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadığını ortaya koymaktadır ($t= 1.73$; $p> .05$) (H_0 Kabul edilmiştir.) Yani sağlık yöneticilerin çocuk istismarına yönelik farkındalıkları birbirine benzeşik özellikler taşımaktadır. Kadın ya da erkek yöneticiler arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilebilecek anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır..

4.2.3. Sağlık Yöneticilerinin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları

Çalışma kapsamında yer alan sağlık yöneticilerinin çocuk sahibi olup olmamalarına göre çocuk istismara yönelik farkındalıkları incelemek amacıyla bağımsız örneklemli t testi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler:

H_0 : Yöneticilerin çocuk sahibi olması ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H_1 : Yöneticilerin çocuk sahibi olması ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo.12. Yöneticilerin çocuk sahibi olması ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

	Çocuk	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Var	95	73,87	7,62	105	,26	,80
	Yok	12	73,25	9,94			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Var	95	56,43	6,16	105	-,12	.90
	Yok	12	56,67	6,30			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Var	95	27,68	4,52	105	-.73	.47
	Yok	12	28,67	3,31			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Var	95	45,20	6,22	105	-.07	.94
	Yok	12	45,33	5,73			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Var	95	16,11	3,04	105	-.86	.39
	Yok	12	16,92	3,23			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Var	95	30,94	4,20	105	1.58	.12
	Yok	12	28,92	3,85			

Yukarıdaki Tablo 12’ de görüldüğü gibi, sağlık yöneticilerinin büyük bir kısmı çocuk sahibidir. Çocuğu olan ve olmayan sağlık yöneticilerinin çocuk istismarına yönelik farkındalıkları analiz edildiğinde, ölçeğin tüm alt boyutlarında bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (H_0 kabul edilmiştir). Diğer bir ifadeyle, çocuğu olan ve olmayan yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri birbirlerine benzeşiktir.

4.2.4. Sağlık Yöneticilerinin Yaşları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farklılıkları Arasındaki İlişki

Denizli ilinde görev yapan sağlık yöneticilerin yaşları ve çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farklılıklarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklemlili t testi yapılmıştır. Yöneticiler yaşları itibari ile 40 yaş ve altı, 40 yaş ve üzeri olmak üzere 2 grupta toplanmışlardır. Sonuçlar Tablo 13’de verilmiştir.

H_0 : Yöneticilerin yaşları ile çocuk istismarına yönelik farklılıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H_1 : Yöneticilerin yaşları ile çocuk istismarına yönelik farklılıkları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo.13. Yöneticilerin yaşları ile çocuk istismarına yönelik farklılıklarının karşılaştırılması

Faktör	Yaş	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	40 yaş ve 40 yaş altı	45	71,98	6,30	105	-2,08	,04*
	40 yaş üstü	62	75,13	8,63			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	40 yaş ve 40 yaş altı	45	55,58	5,48	105	-1,27	.21
	40 yaş üstü	62	57,10	6,56			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	40 yaş ve 40 yaş altı	45	27,31	4,22	105	-.97	.34
	40 yaş üstü	62	28,15	4,53			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	40 yaş ve 40 yaş altı	45	44,93	4,96	105	-.40	.69
	40 yaş üstü	62	45,42	6,90			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	40 yaş ve 40 yaş altı	45	16,44	2,63	105	-.71	.48
	40 yaş üstü	62	16,02	3,35			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	40 yaş ve 40 yaş altı	45	30,51	3,83	105	-.42	.68
	40 yaş üstü	62	30,85	4,46			

Tablo 13’de yer alan sonuçlar, sağlık yöneticilerinin yaşlarının “istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya

koyduğu bulunmuştur ($t = -2.08$; $p < .05$) (H_0 ret edilmiştir). Bu fark incelendiğinde, 40 yaş ve üstünde bulunan sağlık yöneticilerinin “istismarın çocuk üzerindeki belirtilerinde” daha fazla farkındalık sergiledikleri görülmüştür. Yani 40 yaş ve üstünde bulunan sağlık yöneticilerinin farkındalıkları diğer gruptan daha yüksektir. Ölçeğin diğer boyutlarında ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yöneticilerin çocuk istismara yönelik farkındalıkları benzeşik düzeydedir.

4.2.5. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Demokratik Olanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerine çocuklara karşı demokratik tutum ve davranış sergileyip sergilemedikleri sorulmuştur. Kendilerinin demokratik tutum değerlendirmelerine göre çocuk istismarına yönelik farkındalıkları bağımsız örneklemlerle t testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.14’de verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H₀: Yöneticilerin demokratik olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H₁: Yöneticilerin demokratik olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo.14. Yöneticilerin demokratik olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Çocuklara Karşı Tutum ve Davranış	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Demokratik değil	60	73,12	7,39	105	-1,02	,31
	Demokratik	47	74,68	8,42			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Demokratik değil	60	55,53	6,15	105	-1,78	.08
	Demokratik	47	57,64	6,00			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Demokratik değil	60	27,87	4,28	105	.19	.85
	Demokratik	47	27,70	4,60			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Demokratik değil	60	44,70	6,30	105	-.98	.33
	Demokratik	47	45,87	5,92			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Demokratik değil	60	16,07	2,94	105	-.49	.62
	Demokratik	47	16,36	3,23			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Demokratik değil	60	30,20	4,06	105	-1.43	.16
	Demokratik	47	31,36	4,31			

Yukarıdaki bağımsız t testi analiz sonuçları sağlık yöneticilerinin demokratik tutuma sahip olup olmaları ile çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadığı tespit edilmiştir (H_0 kabul edilmiştir). Ölçme aracının tüm boyutlarında demokratik tutum ve davranış ile yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri arasında bir fark yoktur.

4.2.6. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Otoriter Olanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları

Çalışmaya katılan sağlık yöneticilerine çocuklara karşı otoriter tutum ve davranış sergileyip sergilemedikleri sorulmuştur. Kendilerini otoriter olarak değerlendirmelerine göre çocuk istismarına yönelik farkındalıkları bağımsız örneklemlili t testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 15'te verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : Yöneticilerin otoriter olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H_1 : Yöneticilerin otoriter olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo.15. Yöneticilerin otoriter olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Çocuklara Karşı Tutum ve Davranış	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Otoriter değil	89	73,52	7,57	105	-,84	,40
	Otoriter	18	75,22	9,28			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Otoriter değil	89	56,07	6,09	105	-1,47	.15
	Otoriter	18	58,39	6,21			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Otoriter değil	89	27,85	4,20	105	.31	.76
	Otoriter	18	27,50	5,43			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Otoriter değil	89	45,06	6,12	105	-.59	.55
	Otoriter	18	46,00	6,36			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Otoriter değil	89	16,12	3,04	105	-.54	.59
	Otoriter	18	16,56	3,20			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Otoriter değil	89	30,52	4,15	105	-1.06	.29
	Otoriter	18	31,67	4,41			

Yukarıdaki Tablo sonuçları sağlık yöneticilerinin otoriter tutuma sahip olup olmaları ile çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadığı tespit edilmiştir (H_0 kabul edilmiştir.) Ölçme aracının tüm boyutlarında otoriter tutum ve davranış ile yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri arasında bir fark bulunamamıştır.

4.2.7. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Koruyucu Olup-Olmayanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları

Sağlık yöneticilerinin çocuklara karşı koruyucu tutum ve davranış sergileyip sergilemedikleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları bağımsız örneklemli t testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 16’ da verilmiştir.

Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : Yöneticilerin koruyucu olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H_1 : Yöneticilerin koruyucu olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır

Tablo.16. Yöneticilerin koruyucu olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Çocuklara Karşı Tutum ve Davranış	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Koruyucu değil	40	72,63	7,82	105	-1,20	,23
	Koruyucu	67	74,51	7,85			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Koruyucu değil	40	55,85	4,91	105	-,79	.43
	Koruyucu	67	56,82	6,79			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Koruyucu değil	40	27,78	3,49	105	-,04	.97
	Koruyucu	67	27,81	4,89			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Koruyucu değil	40	44,95	6,81	105	-,34	.73
	Koruyucu	67	45,37	5,75			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Koruyucu değil	40	15,85	3,08	105	-,90	.37
	Koruyucu	67	16,40	3,05			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Koruyucu değil	40	30,28	4,37	105	-,83	.41
	Koruyucu	67	30,97	4,09			

Yukarıdaki bağımsız t testi analiz sonuçları incelendiğinde sağlık yöneticilerinin koruyucu tutuma sahip olup olmaları ile çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka yoktur (H_0 kabul edilmiştir). Ölçme aracının tüm boyutlarında koruyucu tutum ve davranış ile yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır.

4.2.8. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Sevgi Dolu Olup-Olmayan İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları

Sağlık yöneticilerinin çocuklara karşı sevgi dolu tutum ve davranış sergileyip sergilemedikleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları bağımsız örneklemli t testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 17' de verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : *Yöneticilerin sevgi dolu olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : *Yöneticilerin sevgi dolu olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır*

Tablo.17. Yöneticilerin sevgi dolu olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Çocuklara Karşı Tutum ve Davranış	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Sevgi dolu değil	38	72,87	7,45	105	-,91	,36
	Sevgi dolu	69	74,32	8,08			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Sevgi dolu değil	38	55,53	5,67	105	-1,17	.25
	Sevgi dolu	69	56,97	6,37			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Sevgi dolu değil	38	27,58	4,20	105	-,37	.71
	Sevgi dolu	69	27,91	4,54			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Sevgi dolu değil	38	43,76	6,18	105	-1,84	.07
	Sevgi dolu	69	46,01	6,01			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Sevgi dolu değil	38	16,39	2,18	105	,50	.62
	Sevgi dolu	69	16,09	3,46			
Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Sevgi dolu değil	38	30,24	3,93	105	-,87	.39
	Sevgi dolu	69	30,97	4,33			

Yukarıdaki tablo sonuçları incelendiğinde, sağlık yöneticilerinin sevgi dolu tutuma sahip olup olmaları ile çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka yoktur (H_0 kabul edilmiştir). Ölçme aracının tüm boyutlarında sevgi dolu tutum ve davranış ile yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır.

4.2.9. Sağlık Yöneticilerinden Çocuklara Karşı Tutum ve Davranışı Arkadaş Gibi Olanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları

Sağlık yöneticilerinin çocuklara karşı arkadaş gibi tutum ve davranış sergileyip sergilemedikleri ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları bağımsız örneklemler t testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 18’ de verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : Yöneticilerin çocuklara karşı arkadaş gibi olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H_1 : Yöneticilerin çocuklara karşı arkadaş gibi olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo.18 Yöneticilerin çocuklara karşı arkadaş gibi olup-olmama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Çocuklara Karşı Tutum ve Davranış	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Arkadaş gibi değil	55	73,09	7,13	105	-,97	,34
	Arkadaş gibi	52	74,56	8,57			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Arkadaş gibi değil	55	56,38	5,79	105	-,13	.90
	Arkadaş gibi	52	56,54	6,56			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Arkadaş gibi değil	55	27,24	4,43	105	-1,35	.18
	Arkadaş gibi	52	28,38	4,33			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Arkadaş gibi değil	55	44,29	6,00	105	-1,61	.11
	Arkadaş gibi	52	46,19	6,19			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Arkadaş gibi değil	55	15,85	2,98	105	-1,19	.24
	Arkadaş gibi	52	16,56	3,13			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Arkadaş gibi değil	55	30,16	4,38	105	-1,39	.17
	Arkadaş gibi	52	31,29	3,94			

Yukarıdaki bağımsız t testi analiz sonuçları incelendiğinde sağlık yöneticilerinin arkadaş gibi tutuma sahip olup olmaları ile çocuk istismarına yönelik farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka yoktur (H_0 kabul edilmiştir). Ölçme aracının tüm boyutlarında arkadaşça tutum ve davranış ile yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır.

4.2.10. Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alanlar İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları

Sağlık yöneticileri öğrenimleri sürecinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma ve almama durumlarına göre iki grupta toplanmışlardır. Eğitim alan ve almayan yöneticilerin farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bağımsız örneklemlerle t testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 19’da verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : *Yöneticilerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alıp-almama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : *Yöneticilerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alıp-almama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır.*

Tablo.19 Yöneticilerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alıp-almama ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumu	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Evet	28	74,21	7,78	105	,32	,75
	Hayır	79	73,66	7,93			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Evet	28	58,75	5,73	105	2,35	.02*
	Hayır	79	55,65	6,11			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Evet	28	27,50	4,34	105	-,41	.68
	Hayır	79	27,90	4,45			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Evet	28	47,36	6,82	105	2,19	.03*
	Hayır	79	44,46	5,74			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Evet	28	17,14	3,39	105	1,93	.06
	Hayır	79	15,86	2,89			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Evet	28	31,46	4,66	105	1,11	.27
	Hayır	79	30,44	4,01			

Yukarıdaki bağımsız t testi sonuçları incelendiğinde, farkındalık ölçeğinin iki boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu gözlenmektedir. Ölçeğin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” boyutunda ($t = 2.35$; $p < .05$) ve “İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” boyutunda ($t = 2.19$; $p < .05$) anlamlı fark vardır. (H_0 ret edilmiştir.) Bu farklar yakından incelendiğinde eğitim alan yöneticilerin farkındalık düzeyleri her iki boyutta da eğitim almayan yöneticilerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçta istismara yönelik eğitim almanın olumlu yönde bir fark yarattığını ortaya koymaktadır. Ölçme aracının diğer boyutlarında ise eğitim alıp almama ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

4.2.11. Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası İle Karşılaşma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Sağlık yöneticilerine çocuk istismarı ile karşılaşmış ve karşılaşmadıkları sorulmuştur. İstismarla karşılaşan ve karşılaşmayan yöneticilerin farkındalık düzeyleri arasındaki farkları belirlemek amacıyla bağımsız örneklemli t testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 20’de verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H₀: Yöneticilerin iş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşmış-karşılaşmaması ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.

H₁: Yöneticilerin iş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşmış-karşılaşmaması ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır

Tablo.20. Yöneticilerin iş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşp-karşılaşmaması ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Çocuk istismarı ile karşılaşma durumu	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Evet	33	77,24	7,42	105	3,15	,00*
	Hayır	74	72,27	7,60			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Evet	33	58,42	4,83	105	2,25	.03*
	Hayır	74	55,58	6,49			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Evet	33	27,82	4,64	105	,04	.97
	Hayır	74	27,78	4,32			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Evet	33	46,52	6,82	105	1,47	.14
	Hayır	74	44,64	5,76			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Evet	33	16,15	3,69	105	-,10	.92
	Hayır	74	16,22	2,76			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Evet	33	31,70	4,21	105	1,64	.10
	Hayır	74	30,27	4,14			

Yukarıdaki analiz sonuçları incelendiğinde, farkındalık ölçeğinin iki boyutunda istismarla karşılaşan ve karşılaşmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu gözlenmektedir. Ölçeğin “İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” ($t = 3.15$; $p < .05$) ve “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” boyutunda ($t = 2.25$; $p < .05$) boyutunda anlamlı fark vardır (H_0 ret edilmiştir). Bu fark incelendiğinde istismar ile karşılaşan yöneticilerin karşılaşmayan sağlık yöneticilerine göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir. Çocuk istismarı ile karşılaşan sağlık personeli ölçeğin fiziksel ve davranışsal belirtileri boyutlarında diğer gruba göre daha yüksek farkındalık sergilemişlerdir.

4.2.12. Sağlık Yöneticileri, Meslektaşlarının Çocuğa Fiziksel Şiddet Uyguladığı Gördüğünde Şikayet Etme Durumu İle Karşılaşma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Sağlık yöneticilerine, meslektaşlarının bir çocuğa fiziksel şiddet uyguladığını gördüklerinde ilgili yerlere bu durumu bildirip şikayet edip etmeyecekleri sorulmuştur. Evet, ederdim ya da hayır etmezdim diyen yöneticilerin farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bağımsız örneklemlili t testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 21’de verilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : *Yöneticilerin meslektaşlarının bir çocuğu dövse ilgili yerlere şikayet edip-etmeme durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : *Yöneticilerin meslektaşlarının bir çocuğu dövse ilgili yerlere şikayet edip-etmeme durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır*

Tablo.21. Yöneticilerin meslektaşlarının bir çocuğu dövse ilgili yerlere şikayet edip-etmeme durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktör	Şikayet etme durumu	n	\bar{X}	sd	df	t	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Evet	94	74,06	7,45	105	,92	,36
	Hayır	13	71,92	10,52			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Evet	94	56,76	6,24	105	1,35	,18
	Hayır	13	54,31	5,09			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB)	Evet	94	28,28	4,21	105	3,18	,00*
	Hayır	13	24,31	4,35			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Evet	94	45,51	6,26	105	1,35	,18
	Hayır	13	43,08	4,82			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Evet	94	16,35	3,02	105	1,41	,16
	Hayır	13	15,08	3,25			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Evet	94	31,14	4,10	105	2,94	,00*
	Hayır	13	27,62	3,64			

Yukarıdaki Tablo.21’de analiz sonuçları, farkındalık ölçeğinin iki boyutunda şikayet eden ve etmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu gözlenmektedir. Ölçeğin “İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri” ($t = 3.18$; $p < .05$) ve “Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler” boyutunda ($t = 2.94$; $p < .05$) boyutunda anlamlı fark vardır (H_0 ret edilmiştir). “Evet şikayet ederdim” diyen sağlık yöneticilerin istismara yönelik farkındalıkları “hayır şikayet etmem” diyen yöneticilerden daha yüksektir. Ölçeğin diğer boyutlarında gruplar arası anlamlı farka rastlanmamıştır.

4.2.13. Sağlık Yöneticileri, Çalıştıkları Kurumlarda Çocuk İstismarı/İhmaline Yönelik Talimat Olup Olmama Durumları İle Karşılaşma Durumu İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Çalışma kapsamındaki sağlık yöneticilerine çalıştıkları kurumlarda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat olup olmama durumları sorulmuştur. Verdikleri cevaplara göre üç farklı grup oluşturulmuş ve gruplar arası farkları tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 22’de gösterilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : *Yöneticilerin çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek olma durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : *Yöneticilerin çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek olma durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır*

Tablo.22. Yöneticilerin çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek olma durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktörler	Çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek olma durumu	N	\bar{X}	sd	df	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Evet	27	74,48	6,97	104	,14	,87
	Hayır	45	73,67	8,36			
	Bilmiyorum	35	73,46	8,03			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Evet	27	56,78	6,09	104	,14	,87
	Hayır	45	56,09	5,58			
	Bilmiyorum	35	56,69	6,98			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Evet	27	29,11	4,94	104	1,88	,16
	Hayır	45	27,64	3,69			
	Bilmiyorum	35	26,97	4,69			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Evet	27	46,11	5,68	104	,40	,67
	Hayır	45	44,78	5,71			
	Bilmiyorum	35	45,09	7,05			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Evet	27	16,37	2,53	104	,60	,55
	Hayır	45	15,82	3,12			
	Bilmiyorum	35	16,54	3,37			
Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Evet	27	31,63	4,58	104	,87	,42
	Hayır	45	30,36	3,86			
	Bilmiyorum	35	30,46	4,31			

Yukarıdaki Tablo 22 incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (H_0 kabul edilmiştir).

4.2.14. Sağlık Yöneticilerinin “Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi” Hakkında Bilgi Durumları İle Çocuk İstismarına Yönelik Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Sağlık yöneticilerine “Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi” hakkında bilgi durumları sorulmuştur. Sonuçlara göre sağlık yöneticileri üç gruba ayrılmıştır. Gruplar arası farkları tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 23’de gösterilmiştir. Bu alt probleme ait hipotezler şu şekildedir:

H_0 : *Yöneticilerin çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye’nin de taraf olduğu “Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi” hakkında bilgi durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark yoktur.*

H_1 : Yöneticilerin çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı fark vardır

Tablo.23. Yöneticilerin çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılması

Faktörler	Çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumu	N	\bar{X}	sd	df	F	p
İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB)	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	32	75,13	8,45	104	,67	,51
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	62	73,34	7,59			
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	13	72,77	7,85			
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB)	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	32	57,72	6,15	104	1,14	,32
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	62	56,11	6,14			
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	13	55,00	6,10			
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)(İÇÜB)	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	32	27,34	4,76	104	,24	,79
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	62	28,00	4,32			
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	13	27,92	4,13			
İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ)	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	32	45,84	7,87	104	,24	,78
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	62	44,90	5,16			
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	13	45,15	5,97			
İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ)	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	32	16,97	3,12	104	1,70	,19
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	62	15,76	3,13			
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	13	16,38	2,26			
Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler(ÇİİAÖ)	Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.	32	31,41	4,56	104	,63	,54
	Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.	62	30,42	4,06			
	Sözleşmeyi bilmiyorum.	13	30,38	3,97			

Tablo 23 sonuçları incelendiğinde, sağlık yöneticilerinin "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumları ile çocuk istismarı ile ilgili farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farka rastlanmamıştır (H_0 kabul edilmiştir). Ölçeğin tüm alt boyutları ile yöneticilerin bilgi durumları arasında anlamlı bir fark yoktur.

5.TARTIŞMA

Çocuk ihmal ve istismarı konusu dünyada ve ülkemizde de üzerinde çalışılan önemli bir konudur. Ancak genel itibari ile çocuk istismar ve ihmali üzerine yapılan çalışmaların çoğunun istismarın ve ihmalin, ne olduğu ve nasıl oluştuğu olgusuna odaklandığı söylenebilir. Ayrıca yapılan çalışmaların birçoğunda çocuk istismar ve ihmal bilgi ve farkındalık düzeyi olgusunun sağlık çalışanı, anne-baba ve diğer yetişkenler (öğretmen, polis vb.) boyutu ele alınmış, sağlık yöneticilerinin bilgi ve farkındalığını konu edinen bir çalışma bulunamamıştır.

Çocuğa yönelik ihmal ve istismar konusunun hassasiyeti ve toplumda karşılaşılan güçlükler nedeniyle Türkiye’de konuyla ilgili bilimsel çalışmalarının yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışma 2006 yılında Marmara Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Ü.Kocaer tarafından "Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri" başlığı ile yüksek lisans tezi olarak yapılmıştır. Sağlık Yöneticilerinin bilgi ve farkındalığını ölçecek bir çalışma bulunmaması, sağlık sisteminin en önemli ayaklarından biri olan, konu ile ilgili sağlık çalışanı istihdamını yapacak sağlık yöneticilerinin farkındalıklarına faydalı olacağı düşünülmektedir.

İnsan Hakları Derneği tarafından 2008 yılında, öğretmen ve ailelere yönelik bir eğitim materyali, Doç. Dr. Figen Şahin, Uzm. Psk. Bişeng Özdiñç, Sos.Hiz. Uzm. Figen Paslı, Av. Hatice Kaynak ve Nesrin Hatipoğlu’nun katkıları ile yapılmıştır. Hollanda Büyükelçiliği tarafından desteklenen İnsan Hakları Derneği tarafından yürütölen "Çocuk İstismarını Önleme" projesi kapsamında hazırlanan, "Çocuk ihmalinin ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler için Eğitim Kılavuzu " hazırlanmıştır.

Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, UNİCEF_Türkiye tarafından 2010 yılında yapılmış ve çarpıcı sonuçlar alınmıştır. “Çocuk katılımcıların hepsi, yaş, cinsiyet ve bölge farklı olmaksızın istismarın sırasıyla, ev, okul ve sokakta gerçekleştiğini; istismar eden kişilerin de sırasıyla baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğunu söylemişlerdir”(16).

Genç Hayat Vakfı Koordinasyonunda Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği Geleceğimizin Çocukları Vakfı ortaklığında Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafında ortaklaşa finanse edilen Sivil Toplum Örgütleri Arasında Diyalogun Geliştirilmesi programı kapsamında yürütülen "Çocuğa Karşı Aile İçi Şiddetin Önlenmesi Projesi" kapsamında Mart 2012 tarihinde "Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması" çocuk istismar ve ihmali konusunda önemli bir araştırma olarak görülmektedir.

Konuyla ilgili yapılan araştırmaların birçoğunda sağlık çalışanlarının konunun çözümünde, tanımlanmasında, korucuyucu hizmetlerde, tedavi ve eğitim hizmetlerinde, önemli katkısı olduğu görülmektedir.

Bu çalışma bugüne kadar Türkiye’de Sağlık yöneticilerinin çocuk istismar ve ihmali hakkında bilgi ve farkındalığını belirlemeye yönelik ilk çalışmalardan biri olma niteliğini taşımaktadır. Sağlık yöneticileri ihmal ve istismarın tespiti halinde gerekli kuruluşlara ihbar etme sorumluluklarını yerine getirmediikleri için farkında olmaksızın ihmal-istismarın kısır döngüsünün bir parçası olmaktadır. Sağlık profesyonelleri ise buldukları özel konum ve mesleki eğitimleri nedeniyle başkalarının ilgilenmediği bu durumdan kaçmayarak bu soruna eğilmeye ve toplumda istismar ve ihmal olaylarını önlemeye çalışmalıdırlar. Daha önce bu konu genellikle sağlık çalışanları (hekim, hemşire vb.), öğretmenler, anne ve baba boyutu ile ele alınmıştır. Bu noktada araştırmanın ülkemizde çocuk istismar ve ihmalinin sebeplerini anlama ve bilgi düzeyini artırma konuya dikkat çekme adına, önleme ve önlem almada yararlı olacağı ve kuramsal bilgilere destek olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada Denizli ilinde bulunan 107 sağlık yöneticisi çalışmaya katılmışlardır. Yöneticilerden veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. Sonuç olarak;

1. İlçede görev yapan yöneticiler ildeki yöneticilere göre ihmal belirtileri ile ilgili daha yüksek farkındalığa sahiptirler. İlçede görev yapanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ildekilerden daha yüksek farkındalık taşımaktadırlar.

2. Kadın ya da erkek yöneticiler arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilebilecek bir fark yoktur.

3. Çocuğu olan ve olmayan yöneticilerin istismara yönelik farkındalık düzeyleri birbirlerine yakındır. Bir yöneticinin çocuğunun olması veya olmaması çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalık düzeyleri arasında fark olmadığı görülmüştür.

4. 40 yaş ve üstünde bulunan sağlık yöneticilerinin “istismarın çocuk üzerindeki belirtilerinde” daha fazla farkındalık sergiledikleri görülmüştür. Yani 40 yaş ve üstünde bulunan sağlık yöneticilerinin farkındalıkları diğer gruptan daha yüksektir. Yöneticilerin zaman içinde elde etmiş oldukları tecrübeler bu tip durumlarda anlamlı bir farkındalık ortaya koymaktadır. Yeni yöneticilerin bu tip vakalar ile karşılaştıklarında daha dikkatli ve duyarlı olmaları gerekmektedir.

5. Yöneticilerden kendisini çocuklara karşı demokratik olup-olmama olarak nitelendirenlerin davranışları ile çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

6. Yöneticilerden kendisini çocuklara karşı otoriter olup-olmama olarak nitelendirenlerin davranışları ile çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

7. Yöneticilerden kendisini çocuklara karşı koruyucu olup-olmama olarak nitelendirenlerin davranışları ile çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

8. Yöneticilerden kendisini çocuklara karşı sevgi dolu olup-olmama olarak nitelendirenlerin davranışları ile çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

9. Yöneticilerden kendisini çocuklara karşı arkadaş gibi olan-olmayan olarak nitelendirenlerin davranışları ile çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıkları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

10. Eğitim alan yöneticilerin farkındalık düzeyleri her iki boyutta da eğitim almayan yöneticilerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçta istismara yönelik eğitim almanın olumlu yönde bir fark yarattığını ortaya koymaktadır. Yöneticilerin çocuk ihmal ve istismarı konusunda mutlaka eğitim almaları gerektiği görülmektedir. Bu eğitimler değişen psiko-sosyal olaylar çerçevesinde güncellenmelidir.

11. Çocuk ihmal ve istismar ile karşılaşan yöneticilerin karşılaşmayan sağlık yöneticilerine göre farkındalık düzeyleri daha yüksektir. Çocuk istismarı ile karşılaşan sağlık personeli ölçeğin fiziksel ve davranışsal belirtileri boyutlarında diğer gruba göre daha yüksek farkındalık sergilemişlerdir. Yöneticilerin bu tür vakalarda elde etmiş oldukları tecrübeleri diğer yöneticiler ile paylaşmalarının farkındalığı arttırmada faydalı olacağını düşünülmektedir.

12. Meslektaşlarından birinin bir çocuğu dövse ilgili yerlere şikayet edip-etmeme durumu ile çocuk istismarına yönelik farkındalıklarının karşılaştırılmasında “Evet şikayet ederdim” diyen sağlık yöneticilerin istismara yönelik farkındalıkları “hayır şikayet etmem” diyen yöneticilerden daha yüksektir.

13. Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek olma durumu sorulduğunda büyük bir kısmının kurumlarında böyle bir şeyin bulunmadığını belirttiği görülmüştür. Önemli bir bölümünün de böyle bir talimat/izlek den haberi olmadığı görülmüştür. Sağlık kurum ve kuruluşlarında çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek in mutlaka bulunması gerekmektedir. Bu vakaların tespiti ve izlenecek yol açısından da son derece önemli bir husustur. Çocuk ihmal ve istismarına yönelik talimat/izlek kurumların toplam kalite kriterlerinden biri olması gerektiğini düşünmektedir.

14. Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" n'den yöneticilerin büyük bir çoğunluğu tarafından bilinmediği tespit edilmiştir. Bu sözleşmenin özellikle çocuk ihmal istismarına yönelik maddelerinin, yazılı olarak sağlık yöneticilerine Sağlık Bakanlığı tarafından iletilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

15. Çalışmaya katılan sağlık yöneticileri çocuk ihmal ve istismarı vakalarının tanılanması aşamasında olması gereken görevlilerin sırası ile ilk sırada çocuk psikiyatrisi, ikinci sırada çocuk hekimi, üçüncü sırada sosyal hizmet uzmanının, dördüncü sırada pedagoğun, beşinci sırada psikolog ve son olarak acil hekimin olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Tanılamada jinekolog ve çocuk hemşiresinin de bulunmasında büyük katkı sağlayacaktır. Ülkemizde sınırlı sayıda olan çocuk psikiyatrislerinin çoğaltılması için teşvik edilmesinin, pedagoğların tüm eğitim kurumlarının da bulundurulmasının zorunlu kılması, özellikle büyük illerimizdeki hastanelerimizde var olan sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğların da tüm sağlık kurumlarında yaygınlaştırılmasının gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Koruyucu- önleyici hizmetler ve erken tanılama için okullarda rehberlik hizmetlerine, okul sosyal hizmetine önem verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

16. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi ve farkındalığı artırmak için konu ile ilgili bilimsel çalışmalara destek olunmasının ve sonuçlarının dikkate alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

17. Türkiye'de çocuk ihmal ve istismar konusunda, özellikle cinsel istismar konusunda çocukların yeniden okul ve toplum hayatına katılımlarını sağlamak için çocuk izlem/koruma merkezlerinin sayısının yaygınlaştırılması, rehberlik ve rehabilitasyon hizmeti veren uzman personel sayısının artırılması faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın ülkemizde çocuk istismar ve ihmalinin sebeplerini anlama ve bilgi düzeyini artırma konuya dikkat çekme adına, önleme ve önlem almada yararlı olacağı ve kuramsal bilgilere destek olacağı düşünülmektedir. Sağlık yöneticilerine Çocuk İstismar ve İhmali konusunda eğitim verilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Acar A. “Çalışan Çocukların Sorunları” *Ankara Sosyal Araştırma Merkezi*, Ankara.
2. Aile Mahkemelerinin Kuruluş Görev ve Yargılama Usulleri Kanunu, Seçkin Yayınları ,Ankara, 2003.
3. Aksoy CM, Ayvaz M. “Çocuk İstismar ve İhmali:Ortopedik Yönleri(Derleme)”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004,27-35
4. Aral N, Gürsoy F.“Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı”.*Milli Eğitim Dergisi*, 2001,151.
5. Arıkan Ç. “Ailede Çocuğa Yönelik Şiddet”, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 1998, (6):1-3.
6. Onusal B. “Avrupa Konseyi Çocuk Haklarının Uygulanmasına Dair Avrupa Sözleşme Metni”, *Çeviri*, İstanbul, 2001.
7. Akyüz E. “Çocuğun Haklarının ve Güvenliliğın Korunması” Ankara, 2000.
8. Bahar G, Bahar A. Şavaş AH. “Çocuk İstismarı ve İhmali:Bir Gözden Geçirme”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, (4):12.
9. Bahçecik NK. “Çocuk İstismarı Ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğı”, *Hemşirelik Bülteni*, 1994, 8(32); 45-51.
10. Başöz L, Çakmakçı R. “T.C Anayasası”, Legal Kanunlar Serisi.
11. Beyazova U, Şahin F. “Çocukİstismarı ve İhmali Terimleri” ,*Sözlük Dergisi*, Logos Tıp Yayıncılığı, 2011, 4(2): 3- 15
12. Biçer Ü, Kara B, Gökalg SA. (2004) “Çocuk İstismarı”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*,2004, (47): 140-151.
13. Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı İstanbul Çocuk Raporu, İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları, İstanbul, 2000, 138-146.
14. “B.M. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” *Unicef Türkiye Temsilciliğı*, Ankara.

15. “B.M. Çocuk Hakları Sözleşmesi”, “Çocuk Satışı, Fuhuşu, Pornografisinin Önlenmesine Dair Ek Protokol”, UNİCEF. Uygulama El Kitabı.
16. Büyükyazıcı Z, Engin P, Oral KÜ. “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması”T.C.Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu-UNİCEF_Türkiye.Özet Rapor, 2010.
17. Çalışan Çocuklar Projesi Raporu, Ankara, 2000.
18. “Çocuk İstismarı ve İhmali”, UNİCEF, Adli Tıp Kurumu.
19. Çocuk Koruma Kanunu, Resmi Gazete. 15.07.2005 T.25876 Sayı.
20. “Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidispliner Yaklaşım”, *Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği Yayını*, Ankara, 2006.
21. Dağlı T, İnancı MA.(eds), Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı, UNİCEF, Ankara, 2010.
22. Döner B. “Çocuk İstismarı ve İhmali”, İnternet adresi : [www.bsm.gov.tr/sunu/./Çocuk İhmali İstismarı tanım%20kapsamı.ppt](http://www.bsm.gov.tr/sunu/./Çocuk%20İhmali%20İstismarı%20tanım%20kapsamı.ppt). Erişim : 12.Mayıs 2014.
23. Erdener Y. “Yeni Türk Ceza Kanunu”, İstanbul Barosu, 2005.
24. Gökler B, Taner Y. “Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri(Derleme)”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004,(35): 82-86
25. Gören S, Tıraşçı Y. “Çocuk İstismarı ve İhmali”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2007,34(1): 70 -74.
26. Güner İŞ, Güner Ş, Şahan HM. “Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem;İstismar”, *Van Tıp Dergisi*, 2010, 17(3): 108 -113.
27. Çocuk İhmali ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler İçin Eğitim Kılavuzu *İnsan Hakları Derneği-Çocuk İhmali ve İstismarını Derneği*, Berkay Ofset, Ankara, 2008.
28. Karaman Y, Nayır F. “Çocukların Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmaline İlişkin Sınıf Öğretmenlerinin Görüşleri”, Aralık, 2012, 437 -455,

29. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. “Çocuk İstismarı” *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004, (47): 140- 151.
30. Karagülmez Ali, Ural S. Sami. 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, *T.C. Kanunları*, Kazancı Yayınları, İstanbul.
31. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2010.
32. Kars Ö. *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkisi*(Tez). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 1994.
33. Kaya A. *Çocuğa Yönelik Şiddet Çocuk Ebeveyn ve Eğiticilerin Algı Farklılıklarının Değerlendirilmesi*(Tez), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
34. Kocaer Ü. *Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri* (Tez). T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
35. Kök AN. “Çocuğun Cinsel İstismarında Adli Tıp Uygulamaları”, *EÜHFD*, 2006, (10): 3 - 4.
36. Kurtay D, Özkök SM, Barlık AY, Yatağan M, Kurtay A, Akmam E, Varlık A. “Çocuk İhmal Ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması”, Aydın, 2004.
37. UNİCEF-M.E.B. “Çocuk Hakları Eğitim Modülü”, Ankara,2003.
38. Ülgen C. “Ceza Muhakemesi Kanunu”, İstanbul Barosu, 2005.
39. Polat O. Tüm Boyutları İle Çocuk İstismarı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.
40. Yücel Beyaztaş, F Oral, R Bütün, C Beyaztaş, A Büyükkayhan. “Fiziksel Çocuk İstismarı. Dört Vaka Sunumu” *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009, (52): 75 - 80.
41. Zeytinoğlu S. “Çalışan Çocuklar ve Sokak Çocukları, Türkiye’de Çocuğun Durumu”, *Çocuk Politikaları Kongresi Kitabı*, DPT Sosyal Planlama Başkanlığı ve UNİCEF, Ankara, 1990, 241 - 253.

42. Zeytinoğlu S.Çalışan Çocukların İstismarı ve İhmali, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakóltesi Yayınları, İzmir, 2001.

EKLER

Ek-1.Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Denizli İli Sağlık Yöneticilerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmaya yönelik olarak dolduracağınız ankette kimliğinizi ortaya çıkaracak sorular bulunmamaktadır. Vereceğiniz yanıtlar bireysel olarak değil, diğer yanıtlar ile birlikte değerlendirilecek ve araştırmacı haricinde kimse tarafından bilinmeyecektir. Bu anket sınav değildir. Önemli olan sizin şahsi düşüncenizdir. Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Sosyal Hizmet Uzmanı

Mikail KIR

TANITICI BİLGİ FORMU

1. İl/ilçe.....

2. Cinsiyetiniz

Erkek () Kadın ()

3. Medeni durumunuz;

Evli () Bekar ()

4. Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

5. Yaşınız.....

6. Mezun olduğunuz okul;

() Sağlık Meslek Lisesi () Lisans

() Önlisans () Diğer.....

7. Mesleğinizdeki çalışma süreniz;

() 1 yıldan az

- () 1-2 yıl
() 3-5 yıl
() 6 yıl ve üzeri

8. Çocuklara karşı tutum ve davranışlarınızı nasıl tanımlarsınız? (Birden fazla seçeneği tercih edebilirsiniz)

- () Demokratik () Otoriter () Koruyucu
() İlgisiz () Sevgi dolu () Arkadaş gibi

9. Size göre çocuğun disiplin eğitiminde hafif düzeyde de olsa dayak gerekli midir?

- () Gerekli değildir, dayak bir eğitim aracı olarak kullanılmamalıdır.
() Gerekli olduğunu düşünüyorum; çocuk, kontrolün kimde olduğunu anlamalıdır.
() Gerekli olduğunu düşünüyorum; bazı çocuklar dayağı hak eder.

10. Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?

- Evet () Hayır ()

11. Yanıtınız evet ise aldığınız eğitim yeterli miydi?

- Evet () Hayır ()

12. Mezuniyetiniz sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı bir eğitim aldınız mı?

- Evet () Hayır ()

13. Yanıtınız evet ise aldığınız eğitim yeterli miydi?

- Evet () Hayır ()

14. Aşağıdaki branşlardan hangisi ya da hangilerinin çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanması aşamasında mutlaka olması gerekmektedir?

(Birden fazla İşaretleyebilirsiniz)

- Acil Hekim () Çocuk Psikiyatrisi () Adli Tıp Hekimi ()
Çocuk Hekimi () Pedagog () Çocuk Cerrahi ()
Çocuk Hemşiresi () Ortopedist () Jinekolog ()
Sosyal Hizmet Uzmanı () Psikolog () Pedodontist ()
Diğer.....

15. İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız mı?

Evet () Hayır ()

16. İş yaşamınız süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştınız ise hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?

() Öykü alma

() Fizik muayene

() kayıt

() İlgili kurumlara rapor etme/yasal süreç

() Diğer.....

17. Meslektaşınız bir çocuğu dövse ilgili yerlere şikayet eder misiniz?

Evet () Hayır ()

18. Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek var mı?

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

19. Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/izlek var ise yeterli midir?

Evet () Hayır ()

20. Çocuk istismarı/ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

Evet () Hayır ()

21. Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

() a.Sosyal Servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için.

() b.Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için.

() c.Konu ile uğraşmak istemediğim için.

() d.Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için.

() e.Çocuğu bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacağımdan korktuğum için.

() f.Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.

() g.Şüpheler doğru çıkarsa, çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için.

() h.Diğer.....

22. Çocuk istismarını ve ihmali bildirmek yasal bir sorumluluk mudur?

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

23. Çocukların temel haklarını ifade eden ve Türkiye'nin de taraf olduğu "Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi" hakkında bilgi durumunuz nedir?

() Sözleşmeyi biliyorum, içeriği hakkında bilgi sahibiyim.

() Sadece adını biliyorum içeriğini bilmiyorum.

() Sözleşmeyi bilmiyorum.

24. Sizce çocuk istismarı ve ihmali şüphesi olan ve/veya tanısı olan olguların hizmet alabileceği çocuk izlem merkezleri olmalı mı?

Evet () Hayır ()

Konu ile ilgili düşünce ve önerileriniz

.....

.....

.....

.....

.....

.....

25. Yapılan çalışmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek ister misiniz?

Evet () Hayır ()

Ek-2 Denizli İli Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalıklarını Belirlemesine İlişkin Ölçek

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene, boyun ve 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 göbük 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 şeklinde 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 hemerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
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 yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanamaz.					
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.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
26.	Çocukların fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunluklar öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiper aktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.	İstismar ve ihmale uğramış çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime girmezler.					
37.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yapar.					
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.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
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 çocuğu istismar etmesine yol açar.					
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmeline önemi yoktur.					
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk ihmal ve istismarına 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 ihmal ve istismar etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük ebeveynler çocuklarını daha fazla ihmal ve istismar eder.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmeline önemi yoktur.					
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel ihmale 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 çocuğu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
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 ihmal ve istismarına önemli bir etkidir.					
59.	Ailedeki çocuk sayısı çocuk ihmal ve istismarının oluşmasında etken değildir.					
60.	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun ihmal ve istismara uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61.	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk ihmal ve istismarında önemli bir faktör değildir.					
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk ihmal ve istismarı için bir risktir.					
63.	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.	Anne baba arasındaki şiddet, çocukların ihmal ve istismar edilmesine yol açar.					
65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli etkidir.					
66.	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

Ek- 3 Denizli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi

DENİZLİ İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Denizli Devlet Hastanesi
Servergazi Devlet Hastanesi
Honaz Devlet Hastanesi
Çal Devlet Hastanesi
Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi
Sarayköy Devlet Hastanesi
Çivril Devlet Hastanesi
Tavas Devlet Hastanesi
Kale Devlet Hastanesi
Çameli Devlet Hastanesi
Acıpayam Devlet Hastanesi
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Çalışmanın Adı: "Sağlık Yöneticilerinin Çocuk İhmal Ve İstismarına Yönelik Bilgi Ve Farkındalığı Denizli İli Sağlık Yöneticileri Üzerinde Bir Araştırma "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Mikail KIR

Protokolün Hükümleri

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

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda..... 3 ay..... Süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 02.04.2013 /**Bitiş** 02.07.2013
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün

olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolda imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

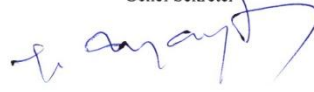
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve
cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

04/04/2013
Mikail KIR



OLUR
...../04/2013
Uzm. Dr. Kasım ÇETİN
Genel Sekreter



04/04/2013
Dr. Mustafa NALBANT
İdari Hizmetler Başkanı



Ek - 4 T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İli Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 58713746/622/114-3252
Konu : Araştırma İzni

17./04/2013

Sayın Mikail KIR

“Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Farkındalığı” konulu araştırmanızın yapılmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Araştırma sonucunda, değerlendirme raporunun bir suretinin Müdürlüğümüz Araştırma Bilgi Sistemleri ve Sağlıkın Geliştirilmesi Şubesine gönderilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Mahmut TEKİN
Sağlık Müdürü V.

EK -5 T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İli Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 64166518-605-37.4271
Konu : Anket Çalışması

16./04/2013

İLGİLİ MAKAMA

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi Mikail KIR' ın "Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Farkındalığı" amaçlı anket çalışmasını Müdürlüğümüz Sağlık Yöneticileri ile yapmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. İbrahim DEMİRCİLER
Halk Sağlığı Müdürü

Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğü-Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi
Tel: (0.258) 265 07 77 - 265 07 22 Dahili Tel: 313
Fax:(0.258) 242 07 00

Ayrıntılı Bilgi İçin:Dr.N.ÖRKİ
e-posta: hsm20.tsh@saglik.gov.tr

**Ek-6 . T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi
Müdürlüğü İzin Belgesi**



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı :65124556/010.99/9606
Konu :Anket Çalışması hk.

09/05/2013

Mikail KIR

İlgi :08/05/2013 tarihli, - sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınız ile Denizli ili sağlık yöneticilerinin "Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farklılıkları" nı belirlemeye yönelik anket uygulama isteğiniz Merkez Müdürlüğümüzce uygun olarak değerlendirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederiz.


Prof.Dr. Uğur KOLTUKSUZ
Merkez Müdürü

Tel: 0 (258) 0
E-Posta:

Faks: 0 (258) 0
Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için irtibat

Özlem SAGSOZ
NALBANT



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mikail	Soyadı	KIR
Doğ. Yeri	Afşin	Doğ. Tar.	07.04.1968
Uyruğu	T.C.	Tel:	532 7636460
Email:	mikailkir@	hotmail	com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüks. Lis.	Okan Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015
Lisans	H.Ü. Sosyal Hizmetler Y.O.	1990
Lise	Afşin Lisesi	1986

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Sosyal Hizmet Uzmanı	Zonguldak Devlet Hastanesi	1993 - 1994
Sosyal Hizmet Uzmanı	Denizli Devlet Hastanesi	1994 -

Yabancı Dilleri	Okuduğu nu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS YDS Puanı	(Diğ er) Pua n
İngilizce	orta	zayıf	orta	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
--	----------------	---------------------	--------------

